Aus der Rheinischen Landesklinik Düren
(Direktor: Ltd. Landesmedizinaldirektor Dr. med. H. Koester)

EINWEISUNGSMODI IN DAS PSYCHIATRISCHE GROSSKRANKENHAUS

Zu den extramuralen Mechanismen von Einweisung, Aufnahme und Wiederaufnahme unter besonderer Berücksichtigung sozialer Faktoren

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Horst Johann Sczerba
aus Krefeld

1985

Aus der Rheinischen Landesklinik Düren
(Direktor: Ltd. Landesmedizinaldirektor Dr. med. H. Koester)

EINWEISUNGSMODI IN DAS PSYCHIATRISCHE GROSSKRANKENHAUS

Zu den extramuralen Mechanismen von Einweisung, Aufnahme und Wiederaufnahme unter besonderer Berücksichtigung sozialer Faktoren

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Horst Johann Sczerba
aus Krefeld

Referent: Professor Dr.med. Frank Matakas
Korreferent: Professor Dr.med. H. Helmchen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 7.02.85

Inhalt

	Seite
ZIEL DER ARBEIT	1
METHODE	3
Die Station	3
Das Sample	5
Die Untersuchung	6
ERGEBNISSE	9
Die Gruppe der Ersteingewiesenen	9
Der soziale Status	9
Die einweisenden Agenturen	10
Zwangseinweisung und Einweisung auf freiwilliger Basis	11
Angaben der einweisenden Ärzte zur Diagnose und zu den Einweisungsgründen	11
Angaben über die Rolle der Aggression bei der Einweisung	12
Aufnahme- und Abschlußdiagnosen des LKH-Düren für die erstmalig eingewiesenen Patienten sowie ihre Aufenthaltsdauer	14
Die stationäre Behandlung der erstaufgenommenen Patienten	14
Verhalten der ersteingewiesenen Patienten auf der Station	15
Entlassung und Nachbetreuung der ersteingewiesenen Patienten	16
Die Gruppe der Wiederholteingewiesenen	16
Der soziale Status	16
Die einweisenden Agenturen	18
Zwangseinweisung und Einweisung auf freiwilliger Basis	19
Angaben der einweisenden Ärzte zur Diagnose und zu den Einweisungsgründen	20
Angaben über die Rolle der Aggression bei der Einweisung	21
Aufnahme- und Abschlußdiagnosen des LKH-Düren für die wiederholt eingewiesenen Patienten sowie ihre Aufenthaltsdauer	29

Seite

Die stationäre Behandlung der wiederholt-aufgenommenen Patienten 30

Verhalten der wiedereingewiesenen Patienten auf der Station 30

Entlassung und Nachbetreuung der wiederholt-eingewiesenen Patienten 31

DISKUSSION 33

Die Methode 33

Die Patienten. Wer wird ins psychiatrische Großkrankenhaus eingewiesen? 35

Die Diagnosen der eingewiesenen Patienten 35

Die soziale Schicht der eingewiesenen Patienten 37

Die soziale Situation der eingewiesenen Patienten 38

Die Ursachen der Einweisung ins psychiatrische Großkrankenhaus - Hypothesen 39

ANHANG 52

Die Kasuistiken der Patienten 53

Fragebogen 120

LITERATURNACHWEIS 123

ZIEL DER ARBEIT

Diese Arbeit soll anhand von Fallbeispielen etwas die extramuralen Mechanismen aufklären, die zur Einweisung von Patienten in ein psychiatrisches Großkrankenhaus führen. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob es Hinweise dafür gibt, daß aus der Sicht der Betroffenen, also der Patienten, ihrer Angehörigen, des Personenkreises, der ihrem weiteren sozialen Umfeld angehört, den einweisenden Institutionen und schließlich der behandelnden Ärzte im psychiatrischen Krankenhaus neben medizinischen Indikationen soziale Faktoren zu dieser Einweisung beitragen. Mit "sozialen Faktoren" sind Konflikte etwa im Bereich des Familienlebens, des Arbeitslebens oder des weiteren sozialen Umfeldes des Patienten gemeint, die weder ihm selbst noch den mit ihm in Kontakt Stehenden anders lösbar zu sein scheinen, als daß die psychiatrische Institution eingeschaltet wird. Dabei kommt es hier allein auf die subjektive Sicht der "Benutzer" an und nicht auf die objektiven Kriterien, die zur Einweisung führen.

Es geht also nicht darum, welche Auswirkungen etwa soziale Faktoren auf die Entwicklung einer psychischen Krankheit objektiv haben mögen (WINKLER 1967; FRIED 1969; STROTZKA 1969; HÄFNER 1971), es geht auch nicht so sehr darum, ob die von den Befragten angegebenen sozialen Probleme objektiv in der geschilderten Weise bestanden haben - obwohl versucht wurde, im Rahmen der Erhebung ein möglichst "objektives" Bild der Situation zu gewinnen -, sondern es geht um die subjektive Wahrnehmung aller, die mit der Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus zu tun haben.

Diese enge Eingrenzung der Fragestellung mag ihre Bedeutung auf den ersten Blick reduzieren, aber sie tut es

nicht. Die Wirkung einer Institution des Gesundheitswesens hängt nicht nur davon ab, was sie objektiv leisten kann, sondern ebenso von der Frage, wie sie gesehen wird, d.h. wofür sie in den Augen der potentiellen Benutzer tatsächlich in Anspruch genommen wird.

Ein Erfolg der Behandlung kann bei medizinischem Personal, bei Patienten und deren Angehörigen erst dann registriert werden, wenn alle Beteiligten das Gefühl haben, daß behandelt wurde, was auch behandelt werden sollte.

Es gab bei den Ärzten des psychiatrischen Krankenhauses Düren, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde, die Vermutung, daß das Krankenhaus von Patienten und Angehörigen, aber auch von den einweisenden Ärzten, oft eben nicht so sehr als Ort angesehen wurde, an dem Krankheiten im üblichen Sinne behandelt werden. Die Ärzte hatten oft das Gefühl, mit ihrem medizinisch bestimmten Handeln an manchen Erwartungen der Patienten und Angehörigen und der niedergelassenen Ärzte vorbeizugehen. Dieser Vermutung will die vorliegende Arbeit in Form einer Kasuistik nachgehen, um gegebenenfalls Hypothesen aufstellen zu können, die diesen Sachverhalt genauer erklären könnten.

METHODE

Die Station

Die Rheinische Landesklinik Düren hatte zur Zeit der Untersuchung 909 Betten incl. Behindertenbereich. Sie ist die einzige Klinik im Einzugsgebiet mit Aufnahmezwang. Das Einzugsgebiet umfaßt ca. 1,5 Mio Einwohner, die etwa je zur Hälfte in ländlicher und städtischer Umgebung leben. Das Einzugsgebiet entspricht in etwa einem Rechteckt von 35 x 55 km.

Die folgende Aufstellung beschreibt das Äußere der Station während des Untersuchungszeitraums.

Es handelt sich um eine geschlossene Männeraufnahmestation. Patienten mit Suchterkrankungen oder gerontopsychiatrischen Krankheiten wurden auf der Station nicht aufgenommen.

Betten: Ausgelegt für 25, aufgestellt 30, davon 16 in wachsaalähnlichen Räumen.
Durchschnittlicher Belegungsgrad: 27 Patienten
Durchschnittliche Aufnahmen pro Monat: 48
Durchschnittliche Verweildauer: 17 Tage (etwa die Hälfte wird nach Hause entlassen, die andere Hälfte klinikintern verlegt).
Ärzte: 2
Psychologe: 1
Pflegekräfte: 4 im Tagesdienst, 2 im Nachtdienst (insg. 15)
Sozialarbeiter: Stundenweise.

Der "therapeutische Auftrag" dieser Station im Rahmen der Gesamtklinik war der einer Krisenintervention.

"Etwa 76 % der Patienten waren zwischen 18 und 45 Jahre alt. Der Anteil der unter 18jährigen war mit 16 relativ groß.

Etwa die Hälfte der Patienten waren Wiederaufnahmen. 42 %

der Patienten wurden zwangsweise oder durch vormundschaftliche Maßnahmen eingewiesen, wovon jedoch etwa 2/3 innerhalb der ersten Tage in freiwillige Aufnahmen umgewandelt werden konnten." (MATAKAS u.a. 1979)

Die Verteilung der Diagnosen ist in Tabelle 1 wiedergegeben. Es handelt sich dabei um Angaben der Stationsärzte, bezogen auf alle Aufnahmen eines Jahres von April 1977 bis März 1978.

Tabelle 1

Diagnosen der behandelnden Stationsärzte (modifiziert nach MATAKAS u.a. 1979)

n = 588	%
Schizophrenie (alle Formen)	45
Depression	
akut	6
chronifiziert (> 1 Jahr)	3
Manie im Rahmen einer Zyklothymie	3
dissoziale Störungen	5
schwere Neurose, Borderline	17
akuter Ausnahmezustand	1
Suizidversuch bei neurotischer Störung	3
Alterspsychose	2
andere organische Psychosen	3
Suchterkrankung	5
geistige Behinderung	4
unklar	2
keine psychiatrische Erkrankung	1

DAS SAMPLE

21 Patienten dieser Station wurden untersucht. Sie wurden aufgenommen in der Zeit von Ende September 1977 bis Mitte Januar 1978.

Nach Kriterien, die eine zufällige Auswahl der Patienten garantierten, wurde das Sample gebildet: Der Patient, der an einem vorher festgelegten Tag nach einem bestimmten - ebenfalls vorher festgelegten Tageszeitpunkt - als erster aufgenommen wurde, wurde in das Sample aufgenommen. Um eine Häufung der am Tag bzw. in der Nacht eingewiesenen Patienten zu vermeiden, wurde bei der Festsetzung der Tageszeiten auf gleichmäßige Verteilung der Uhrzeiten geachtet. Ebenso wurden wechselnde Wochentage, einschließlich des Wochenendes, festgelegt.

Da es in der Untersuchung auf das Zusammenwirken psychischer Auffälligkeiten gleich welcher Art und sozialer Determinanten ankommt, wurde auf eine Auswahl nach diagnostischen Kriterien verzichtet; weiterhin deshalb, weil diese Kasuistik wegen ihrer relativ geringen Zahl ohnehin keinen Anspruch auf statistische Relevanz erheben kann. Ausgeschlossen von der Untersuchung wurden lediglich Patienten, die von einem anderen psychiatrischen Großkrankenhaus oder einer anderen Station des LKH-Düren auf die Station verlegt wurden. Voraussetzung war ferner, daß der Patient und seine Angehörigen zur Mitarbeit bereit waren. Jedoch hat keiner die Mitarbeit abgelehnt. Die Art der Einweisung, freiwillig oder zwangsweise, spielte für die Aufnahme in das untersuchte Sample keine Rolle. Nicht berücksichtigt wurde weiterhin, ob es sich bei dem Patienten um seine Erstaufnahme oder seine wiederholte Aufnahme handelte.

DIE UNTERSUCHUNG

Um die aktuelle Situation, die zur Einweisung führte, besser verstehen zu können, wurde versucht, einen Überblick über die Entwicklung des Patienten zu gewinnen unter besonderer Berücksichtigung früherer oder gegenwärtiger psychischer Probleme.

Daneben interessierte im Rahmen dieser Fragestellung die Rolle des Patienten, die er innerhalb der Familie, in seinem weiteren sozialen Umfeld und in der Arbeitswelt einnimmt, soweit sie von Bedeutung ist für seine "Stigmatisierung" als psychisch krank und die folgende Einweisung bzw. Wiedereinweisung.

Weiterhin wurden das Verhalten des Patienten und - sehr begrenzt - seine Interaktionsmöglichkeiten sowie Interaktionsfähigkeiten während des stationären Aufenthaltes beobachtet.

Folgender Untersuchungsgang wurde gewählt:

1. Interviews mit den Patienten unmittelbar bis spätestens 24 Stunden nach ihrer Aufnahme.

   Die Dauer des ersten Interviews war abhängig vom Zustand des Patienten bei seiner Aufnahme. Es dauerte durchschnittlich ca. zwei Stunden. Weitere Interviews schlossen sich während der Zeit des stationären Aufenthalts der Patienten an. Sie dienten der weiteren Abklärung ihrer sozialen und psychischen Situation. Auch wurden sie zu Stellungnahmen befragt, die von Interviewten außerhalb der psychiatrischen Institution - Verwandte, einweisende Agenturen etc. - abgegeben wurden. Diese Folgeinterviews dauerten ca. 15 Minuten. Ihre Häufigkeit hing von der Aufenthaltsdauer der Patienten ab - bei längerer Aufent-

haltsdauer größere Häufigkeit der Interviews - und den zu klärenden Punkten. Im Durchschnitt ist von ca. fünf Folgeinterviews auszugehen. Die Erstinterviews mit den Patienten und den Angehörigen waren halbstrukturiert (siehe Fragebogen in der Anlage). Die weiteren Interviews waren frei.

Die behandelnden Ärzte der Station wurden nach Abschluß der Untersuchung über das Ergebnis informiert.

2. Interviews mit den Personen, die für die erfolgte Einweisung der Patienten bedeutsam waren. In jedem Fall wurden die behandelnden und einweisenden Ärzte und - soweit solche existierten - mindestens einer der nächsten Anverwandten interviewt. In allen Fällen wurden die Lebens- und Wohnbedingungen der Patienten vor Ort besichtigt. Hier wurden die Interviews mit den mit den Patienten in Wohngemeinschaft lebenden Personen geführt.

   In jedem Fall sind auch die Personen interviewt worden, die mitbestimmend für die Einweisung der Patienten waren, soweit sich dies rekonstruieren ließ.

   Bei einem Patienten war ein Gespräch mit dem Arbeitgeber (W 3)+, bei einem anderen mit dem zuständigen Sachbearbeiter des Arbeitsamtes erforderlich (E 1).

   Die Polizei wurde in zwei Fällen (W 9 und W 15) befragt. Bei vier Patienten (E 5, W 8, W 11 und W 16) waren Interviews mit den betreuenden Sozialarbeitern erforderlich.

   Wegen der Patienten W 4 und W 11 wurde der jeweilige Vormund befragt.

+) Die Bezeichnungen W 1 bis W 16 sowie E 1 bis E 5 beziehen sich auf die im Anhang beigefügten Kasuistiken der Patienten.

3. Beobachtung des Verhaltens der Patienten auf der Station. Interviews mit den auf der Station Beschäftigten, die während der stationären Behandlung zu deren Kontaktpersonen zählten. Die Möglichkeit hierzu ergab sich aus dem nahezu täglichen Besuch der Station mit Teilnahme an Stations- und Personalbesprechungen sowie der Beobachtung des normalen Ablaufs des Stationslebens.

4. Auswertung der Krankenblätter der Patienten im Hinblick auf die Fragestellung.

ERGEBNISSE

Von den 21 Patienten wurden 16 zum wiederholten, 5 zum ersten Mal eingewiesen.

Es zeigt sich, daß Unterschiede zwischen erst- und wiedereingewiesenen Patienten bestehen. Deshalb wird im folgenden die Gruppe der Ersteingewiesenen der der Wiederholteingewiesenen gegenübergetellt.

Die Gruppe der Ersteingewiesenen

Der soziale Status

Alter: Das Durchschnittsalter der 5 Patienten dieser Gruppe ist 32 Jahre (18 bis 46 Jahre).

Lebensgemeinschaft: Zwei der Patienten (der 18jährige Patient E 2 und der 23jährige Patient E 5) waren ledig.

Der Jüngere lebte mit den Adoptiveltern und deren leiblichem Kind zusammen; der Ältere mit dem Vater (die Mutter ist seit fünf Jahren tot), zwei Geschwistern und der Enkelin des Vaters.

Die anderen Patienten (E 1, E 3 und E 4) waren verheiratet und lebten mit ihrer Frau und ihren Kindern zusammen. Allein lebte keiner.

Schulausbildung: Zwei der fünf Patienten (E 1 und E 3) hatten einen Volksschulabschluß; einer (E 4) hatte die Ausbildung an der Volksschule abbrechen müssen und war auf eine Sonderschule gewechselt.

Zwei Patienten (E 2 und E 5) hatten für einige Zeit eine Sonderschule besucht. Einen Abschluß schafften sie nicht.

Berufsausbildung: Die zwei Patienten mit Volksschulabschluß hatten eine Lehre abgeschlossen (E 1 und E 3). Die anderen drei Patienten (E 2, E 4 und E 5) hatten keine Berufsausbildung.

Berufstätigkeit: Von den fünf Patienten waren drei berufstätig (E 2, E 3 und E 4), einer war arbeitslos (E 1).

Ein Patient (E 5) bezog eine Versehrtenrente.

Einkommen: Das Durchschnittseinkommen betrug ca. 1.000,-- DM. Bei genauerer Aufschlüsselung ergab sich folgendes Bild: Ein Patient (E 1) verfügte über 600,-- DM monatlich aus Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe. Ein Patient (E 5) bezog 400,-- DM pro Monat aus einer Versehrtenrente. Die drei berufstätigen Patienten (E 2, E 3 und E 4) verdienten durchschnittlich 1.334,-- DM pro Monat (1.000,-- bis 1.500,-- DM).

Die einweisenden Agenturen

Die Einweisenden der erstmalig eingewiesenen Patienten waren niedergelassene Ärzte (praktische Ärzte und Internisten) sowie Krankenhausärzte. Entscheidend für den ersten Schritt zur Einweisung war in keinem Fall ein niedergelassener Nervenarzt. Die einzige durch einen niedergelassenen Nervenarzt ausgeschriebene Einweisung geschah auf Veranlassung eines internistischen Kollegen (E 4). Im Fall E 3 erfolgte die Einweisung des Patienten durch die Ambulanz einer Nervenklinik.

Einer der eingewiesenen wurde vom einweisenden Arzt, der den Patienten freilich von früher her kannte, nicht

gesehen. Er veranlaßte die Zwangseinweisung aufgrund telefonischer Information einer Sozialarbeiterin (E 5).

In keinem Fall wurden Familienangehörige aktiv. In zwei der fünf Fälle waren die Angehörigen sogar strikt gegen die Einweisung (E 1 und E 5).

Zwangseinweisung und Einweisung auf freiwilliger Basis

Vier der Ersteingewiesenen wurden zwangseingewiesen (E 1, E 2, E 4 und E 5). Bei einem Patienten (E 3) erfolgte die Aufnahme nach einer Freiwilligkeitserklärung (Tabelle 2).

Tabelle 2

Angaben der einweisenden Ärzte zur Diagnose und zu den Einweisungsgründen auf dem Einweisungsformular für die erstaufgenommenen Patienten

Pat.	Eingewiesen durch	Angaben des einweisenden Arztes zur Diagnose auf dem Einweisungsformular	Angaben des einweisenden Arztes zu den Einweisungsgründen auf dem Einweisungsformular
E 1	Internist/ Zwangseinweisung	Suizid, psychosomat.Störung, neurot. Tendenz	Aggression gegen sich selbst und andere
E 2	Allg.Krankenhaus/ Zwangseinweisung	Suizidgefahr nach SMV	Aggression gegen sich selbst
E 3	Universitäts-Nervenklinik	Akute Psychose	Keine Angabe
E 4	Nervenarzt (auf Veranlassung eines Internisten)/ Zwangseinweisung	Psychose	Aggressives Verhalten, besonders gegen Ehefrau
E 5	Prakt.Arzt/ Zwangseinweisung	Psychose bei Zustand frühkindlicher Gehirnschädigung	Gefährliche Aggression

Angaben über die Rolle der Aggression bei der Einweisung

Bei vier der fünf ersteingewiesenen Patienten (E 1, E 2, E 4 und E 5) wurde auf dem Einweisungsformular als Einweisungsgrund "Aggression" angegeben.

"Aggression gegen sich selbst und andere" führte zur Einweisung des Patienten E 1. Nach übereinstimmenden Angaben des Patienten, seiner Ehefrau und des einweisenden Arztes wurde dieser von seinem Sohn dabei überrascht, als er sich über dem Waschbecken oberflächliche Schnittwunden an den Handgelenken verband. Im Waschbecken war Blut. Der Sohn und die von ihm geholte Mutter vermuteten einen Selbstmordversuch und riefen den Notarzt, der für den nächsten Montag - es war Samstagabend - einen Besuch beim Hausarzt empfahl. Dieser verfügte am Dienstag die Zwangseinweisung, weil er sich eines Versuches des Patienten von 1966, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen, erinnerte. Der Patient selbst bestritt einen Selbstmordversuch; er gab an, die Sensibilität seines Armes prüfen zu wollen.

Die Einweisung erfolgte gegen den Willen des Ehepaares, von Aggressionen gegen andere wurde nichts berichtet.

"Aggression gegen sich selbst" war der Einweisungsgrund für den Patienten E 2. Dieser wurde nach einem Selbstmordversuch in ein Allgemeinkrankenhaus eingeliefert. Da es sein zweiter Versuch war, er keine Gründe für sein Verhalten angeben wollte und einen weiteren Versuch für die Zukunft gegenüber dem behandelnden Arzt im Allgemeinkrankenhaus nicht ausschloss, wurde er zur diagnostischen Abklärung und wegen der Selbstmordgefährdung ins psychiatrische Krankenhaus eingeliefert.

"Aggressives Verhalten, besonders gegen die Ehefrau" war die Begründung, die zur Einweisung des Patienten E 4 führte. Geschildert wurden vom Patienten und seiner

Ehefrau verbale Streitereien und "komisches" Verhalten, wie z.B. "ewiges Akkordeonspiel" in jeder Umgebung, bei jeder Gelegenheit.

"Gefährliche Aggression" führte zur stationären Aufnahme des Patienten E 5, der aus einem armen Milieu stammte und als debil galt. Eine 15jährige Nichte des Patienten, die mit ihm und seinem Vater gemeinsam wohnte, schilderte einige Wochen vor der Einweisung des Patienten der sie betreuenden Fürsorgerin, sie habe Angst vor dem Patienten, da er öfter tätlich werde. Die Fürsorgerin, die den jungen Mann "schon immer von der Familie weg haben wollte", besonders aus Angst vor einem Sittlichkeitsverbrechen (so ihre Angaben), rief Wochen später den Hausarzt an, der der von der Fürsorgerin vorgeschlagenen Einweisung sofort zustimmte, ohne den Patienten zu diesem Anlaß gesehen zu haben. Begründet wurde die Einweisung mit Wochen bis Monate zurückliegendem aggressiven Verhalten. Die Einweisung geschah nach übereinstimmenden Angaben ohne Wissen und Willen der Familienangehörigen.

Ein Patient (E 3) bildete in dieser Reihe eine Ausnahme. Er ist der einzige dieser Gruppe, der nach Abklärung in der psychiatrischen Ambulanz der Aachener Universitäts-Nervenklinik freiwillig zur Aufnahme kam.

Tabelle 3

Aufnahme- und Abschlußdiagnosen des LKH-Düren für die erstmalig eingewiesenen Patienten sowie deren Aufenthaltsdauer im LKH

Pat.	Diagnose des aufnehmenden Krankenhausarztes im LKH	Diagnose des behandelnden Stationsarztes in der Epikrise	Aufenthaltsdauer in Tagen
E 1	Depressive Neurose	Verstimmungszustand	8
E 2	Depressive Neurose	SMV unter Alkoholeinfluß bei Depression und Familienschwierigkeiten	3
E 3	Schizophrenie, paranoide Form	Keine Angabe	4
E 4	Psychiatrisch unklarer Fall	Akute psychotische Reaktion bei ansonsten starker depressiver und abhängiger Persönlichkeit	40
E 5	Nicht näher bezeichnete Psychose	Verhaltensstörung bei Debilität und Epilepsie	8

Die stationäre Behandlung der erstaufgenommenen Patienten

Mit Ausnahme eines Patienten (E 2) wurden alle mit Medikamenten behandelt, und zwar Psychopharmaka (Neuroleptika oder Sedativa). Die Gespräche, die zwischen den Patienten und den behandelnden Ärzten geführt wurden, dienten der Beratung zur Lösung psychischer und sozialer Konflikte der Patienten. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren im engeren Sinne wurden bei keinem der fünf Patienten angewandt.

Eine Ausnahme bildete ein Patient (E 4) mit einer Aufenthaltsdauer von 40 Tagen (Tabelle 3). Die Gespräche mit diesem Patienten - die zeitweilig auch gemeinsam

mit der Ehefrau geführt wurden - versuchten, stärker als bei den anderen vier Erstaufgenommenen, Konflikte im psycho-sozialen Bereich aufzudecken und Lösungen zu erarbeiten.

Verhalten der ersteingewiesenen Patienten auf der Station

Vier der fünf ersteingewiesenen Patienten (E 1, E 2, E 3 und E 5) lehnten ihren Aufenthalt auf der Station ab. Zwei der Patienten (E 2 und E 5) verweigerten kurzzeitig die Nahrungsaufnahme, womit sie nach eigenen Angaben gegen ihre zwangsweise Unterbringung protestieren wollten. Der Patient E 2 bracht die Nahrungsverweigerung ab, als ihm nach zwei Tagen die bevorstehende Entlassung mitgeteilt wurde, der Patient E 5 beendete sie nach dem Versprechen des behandelnden Stationsarztes, ihn "nicht länger als nötig" auf der Station zu halten.

Diese beiden Patienten hatten ebenso wie zwei andere (E 1 und E 3) die Tendenz, sich von ihren Mitpatienten und dem Pflegepersonal zu isolieren. Ihnen allen war gemeinsam, daß sie täglich mehrfach - in Übereinstimmung mit ihren Angehörigen - auf Entlassung drängten.

Der Patient E 4 betrachtete seine stationäre Behandlung als "Kuraufenthalt" und fiel durch intensive Kontaktsuche zu Mitpatienten und Pflegepersonal auf. Um - wie er sagte - auf der Station ein "geselliges Beisammensein" zu schaffen, brachte er von einem Wochenendurlaub sein Akkordeon mit, um mit anderen Patienten zusammen zu musizieren. Seine Aufenthaltsdauer war die längste der Patienten dieser Gruppe (40 Tage).

Aggressive Handlungen gegen sich oder andere, sieht man von der zeitweiligen Nahrungsverweigerung zweier Patienten ab, konnten während des stationären Aufenthaltes bei keinem der fünf Patienten beobachtet werden.

Entlassung und Nachbetreuung der ersteingewiesenen Patienten

Ein Patient (E 2) wurde ohne Überweisung in eine ärztliche Nachbehandlung oder eine Medikation nach Hause entlassen. Die anderen vier Patienten (E 1, E 3, E 4, E 5) wurden nach Hause entlassen und mit einer Empfehlung zur medikamentösen Weiterführung der Therapie dem behandelnden Hausarzt rücküberwiesen. Bei drei Patienten (E 1, E 3, E 5) war dieser mit dem die Einweisung veranlassenden Arzt identisch. Bei einem Patienten (E 4), der auf Veranlassung seines Hausarztes durch einen Nervenarzt eingewiesen wurde, fand die Rücküberweisung zu dem Hausarzt statt. In nervenfachärztliche Behandlung wurde keiner der fünf Patienten überwiesen.

Die Gruppe der Wiederholteingewiesenen

Der soziale Status

Alter: Das Durchschnittsalter der Gruppe ist 34 Jahre (19 bis 58 Jahre).

Lebensgemeinschaft: Von den 16 Patienten waren vier (W 1, W 5, W 7 und W 11) verheiratet. Bei einem der vier Verheirateten (W 5) war während des Stationsaufenthaltes eine Scheidung im Gespräch. Die Verheirateten lebten mit ihrer Frau zusammen, zwei von ihnen (W 1 und W 5) hatten Kinder, die der Hausgemeinschaft angehörten. Ein Patient (W 6) war geschieden. Die übrigen elf Patienten waren ledig. Sieben von ihnen (W 2, W 3, W 4, W 9, W 10, W 14 und W 15) lebten mit den Eltern oder einem Elternteil zusammen, manche zusätzlich mit ihren Geschwistern.

Zwei dieser Patienten (W 8 und W 16) verfügten über eine eigene Wohnung. Sie hielten sich jedoch meistens in der elterlichen Wohnung auf. Drei Patienten (W 6, W 12 und W 13) lebten in einem Heim. Bei dem Patienten W 13 war dieser Heimaufenthalt durch eine berufsfördernde Maßnahme bedingt.

Zwei der ledigen Patienten (W 4 und W 11) wurden von einem Vormund betreut.

Schulausbildung: Drei Patienten (W 3, W 12 und W 15) verfügten über keinen Volksschulabschluß. Sie hatten diese Schule entweder für einige Zeit oder aber eine Sonderschule besucht.

Einen Volksschulabschluß hatten 12 Patienten (W 1, W 2, W 5, W 6, W 7, W 8, W 9, W 10, W 11, W 13, W 14 und W 16). Von diesen besuchten drei Patienten (W 6, W 9 und W 14) anschließend die Mittelschule bzw. die Fachoberschule oder die Realschule.

Ein Patient (W 4) hatte nach dem Abitur ein Hochschulstudium abgeschlossen.

Berufsausbildung: Neun der Patienten mit Schulabschluß (W 1, W 2, W 4, W 6, W 8, W 9, W 10, W 13, W 14) hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Die anderen sieben Patienten hatten keinen Beruf erlernt. Unter diesen befanden sich auch die drei Patienten (W 3, W 12 und W 15), die keinen Volksschulabschluß hatten.

Berufstätigkeit: Zwei der 16 Patienten (W 3 und W 8) hatten einen Arbeitsplatz. Sie verloren ihn während des stationären Aufenthaltes.

Die anderen 14 Patienten standen bei ihrer Einweisung in keinem anderen Arbeitsverhältnis, elf von ihnen waren berentet.

Einkommen: Das Durchschnittseinkommen betrug ca. 725,-- DM. Bei genauerer Aufschlüsselung ergab sich folgendes Bild: Elf Patienten bezogen eine Rente.

Ihr monatliches Durchschnittseinkommen betrug ca. 900,-- DM (600,-- bis 1.200,-- DM). Zwei Patienten (W 3 und W 8) bekamen Krankengeld (720,-- bzw. 1.100,-- DM). Ein Patient (W 6) erhielt monatlich 77,80 DM Sozialhilfe. Zwei Patienten (W 14 und W 15) verfügten über kein festes Einkommen. Sie gaben an, daß ihre Arbeitslosenunterstützung ausgelaufen sei und sie von Geld lebten, das ihnen Verwandte oder Freunde zur Verfügung stellten.

Die einweisenden Agenturen

Bei den Wiederholteingewiesenen wurden in neun der 16 Fälle Familienangehörige direkt aktiv, um die Einweisung zu erreichen (W 1, W 2, W 4, W 5, W 7, W 9, W 10, W 13 und W 14).

In sechs anderen Fällen (W 4, W 6, W 11, W 12, W 13 und W 15) schaltete sich eine soziale Agentur ein, wie z.B. ein Heim oder ein Vormund. Auch das Zusammenwirken von Familienangehörigen und sozialen Agenturen war zu beobachten (W 4 und W 13). Einer der Patienten (W 16) kam auf eigene Veranlassung zur Behandlung ins Krankenhaus.

Niedergelassene Ärzte wiesen in zwölf, Krankenhausärzte in drei Fällen ein. Von den Niedergelassenen waren sechs Nervenärzte. Zwei Patienten wurden aus der psychiatrischen Abteilung einer Universitätsklinik überwiesen. Einer der Patienten kam von selbst ins Landeskrankenhaus (siehe Tabelle 4).

Fünf der 16 Patienten (W 2, W 4, W 7, W 10 und W 11) wurden von den einweisenden Ärzten nicht zum konkreten Zeitpunkt bzw. Anlaß der Einweisung gesehen, d.h. sie wiesen auf die Information Dritter, seien es Familienangehörige oder Amtspersonen, ein, ohne den Patienten gesehen oder gesprochen zu haben. Der Zeitpunkt, an dem die betreffenden Ärzte ihre Patienten vor der jetzigen Einweisung zum letzten Mal gesehen hatten, lag im Fall des Patienten W 10 zwei Tage zurück, im Fall der anderen Patienten eine bis mehrere Wochen.

Die Patienten waren ihnen jedoch - zumindest vom einmaligen vorherigen Sehen - bekannt.

Zwangseinweisung und Einweisung auf freiwilliger Basis

Sechs der Wiederholteingewiesenen (W 2, W 3, W 4, W 9, W 14 und W 15) wurden zwangseingewiesen, bei acht Patienten erfolgte die Einweisung aufgrund einer Freiwilligkeitserklärung (siehe Tabelle 4, S. 20).

Bei einem Patienten (W 7) war für den behandelnden Stationsarzt der Aufnahmestatus lt. Krankenblatt "unklar". Ein Patient (W 16) kam aus eigenem Antrieb und freiwillig ins Krankenhaus. Er meldete sich bei einer Sozialarbeiterin und drängte auf Aufnahme. Er kam ohne Einweisung.

Tabelle 4

Angaben der einweisenden Ärzte zur Diagnose und zu den Einweisungsgründen auf dem Einweisungsformular für die wiederaufgenommenen Patienten

Pat.	Eingewiesen durch	Angaben des einweisenden Arztes zur Diagnose auf dem Einweisungsformular	Angaben des einweisenden Arztes zu den Einweisungsgründen auf dem Einweisungsformular
W 1	Nervenarzt	Psychose	Aggression gegen sich selbst
W 2	Nervenarzt/Zwangseinweisung	Paranoide Psychose	Selbst- und Fremdgefährdung
W 3	Universitäts-Nervenklinik/ Zwangseinweisung	Alkohol, Drogen oder Psychose	Fremd- und Eigengefährdung bei Erregungszustand
W 4	Internist/Zwangseinweisung	Keine Angabe	Aggression, Bedrohung der Familienangehörigen, Polizeischutz notwendig
W 5	Nervenarzt	Organ.Wesensänderung bei Anfallsleiden	Aggressionen gegen andere
W 6	Praktischer Arzt	Schizophrener Formenkreis	Aggressionen gegen andere
W 7	Praktischer Arzt	Psycho-neurotisches Syndrom	Starke Aggressivität
W 8	Universitäts-Nervenklinik	Erneuter Schub der bekannten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis	Aggressionen gegen sich und andere
W 9	Prakt.Arzt/Zwangseinweisung	Akute paranoide Psychose	Aggression gegen Mutter und sich selbst
W 10	Nervenarzt	Paranoide Psychose/erneuter Schub	Vor allem sozialer Maßnahmen wegen,Erregungszustand
W 11	Nervenarzt	Organ.Wesensänderung bei Anfallsleiden	Aggression gegen Ehefrau
W 12	Praktischer Arzt	Keine Angabe	Notfall
W 13	Nervenarzt	Suizidgefahr bei hirnorganischem Psychosyndrom und hysterischer Persönlichkeit. Notfall!	Aggressionen gegen sich und andere
W 14	Prakt.Arzt/Zwangseinweisung	Akute Psychose	Aggressionen gegen sich und andere
W 15	Allg.Krankenhaus/Zwangseinweisung	1.Debilität m.Hypochondrie bzw.Psychose mit Organmanifestation 2.Tabletten-Intoxikation	Aggressionen gegen sich und andere
W 16	Selbst	------	------

Angaben über die Rolle der Aggression bei der Einweisung

Bis auf drei Patienten (W 10, W 12, W 16) wurde von den einweisenden Ärzten auf dem Einweisungsformular Aggression als Einweisungsgrund angegeben. Bei dem Patienten W 10 gab es mit dem Begriff "Erregungszustand" einen indirekten Hinweis auf Aggressivität. Bei dem Patienten W 12 gab der einweisende Arzt im Interview Aggressivität des Patienten gegen sich selbst als Einweisungsgrund an.

Bei drei Patienten (W 3, W 7 und W 9) war in den Berichten der Angehörigen bzw. einweisenden Agenturen relativ eindeutig eine unmittelbar der Einweisung vorangegangene erhebliche Aggression feststellbar: so - nach dem Bericht der Mutter - bei dem Patienten W 9. Dieser lebte seit einiger Zeit allein mit seiner Mutter - der Vater befand sich in Kur - im elterlichen Einfamilienhaus. Das Zusammenleben wurde als gut geschildert bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Mutter mit dem Sohn einen Arzt wegen eines Lebertests aufsuchte. Dies erregte den Sohn, so daß er die Mutter schlug, er drehte seine Stereoanlage Tag und Nacht auf volle Lautstärke, knallte ununterbrochen die Türen und schlief nächtelang nicht. In der Nacht der Aufnahme versuchte er, mit Gewalt in das Schlafzimmer der Mutter einzudringen, das diese aus Angst abgeschlossen hatte. Mit einem Hammer und seinem Körpergewicht zertrümmerte er Rahmen und Schloß, während die Mutter vergeblich aus dem Fenster um Hilfe rief. Nachdem der Sohn ins Zimmer eingedrungen war, trat und schlug er die Mutter, der es "irgendwie" gelang, aus dem Zimmer und auf die Straße zu flüchten. Von Nachbarn aus informierte sie die Polizei, die nach ihrem Eintreffen wegen des "verwirrten Zustandes" des Patienten sofort einen Arzt rief, der die Einweisung ins Landeskrankenhaus veranlaßte.

Die Aussagen des Patienten stimmten mit denen seiner Mutter überein, was sein Eindringen in das Schlafzimmer der Eltern anging. Zu den beschriebenen aggressiven Handlungen gegenüber seiner Mutter schwieg er jedoch.

Auch bei dem Patienten W 3 führte eine akute Aggression zur Einweisung. Vor dem Beginn seiner Spätschicht besuchte er den Kirmesplatz und trank dort 6 bis 8 Bier und anschließend auf der Arbeitsstelle mit Kollegen Schnaps. Kurz nach Aufnahme der Arbeit begann er mit der Zerstörung seines Arbeitsplatzes, schlug Scheiben ein und zertrümmerte das Waschbecken. Als eine Lore ihn unter sich begrub, halfen ihm Kollegen aus dieser Lage. Gegen diese ging der Patient nicht vor. Mit dem herbeigeeilten Werkschutz, "der ihm an den Kragen wollte", legte er sich aber tätlich an. Schließlich wurde er in die Pförtnerloge gebracht, wo er einem Vorgesetzten "ein blaues Auge" schlug.

Mit Polizeiverstärkung wurde er in ein Allgemeinkrankenhaus gebracht, wo ein Blutalkoholgehalt von 0,3 o/oo festgestellt wurde. Von diesem Krankenhaus aus wurde der Patient noch am gleichen Tage in die psychiatrische Abteilung einer Universitätsklinik überwiesen, da er sehr erregt war. Gegen die Aufnahme wehrte er sich und schlug einem Arzt "das Nasenbein ein". Daraufhin wurde er ins Landeskrankenhaus Düren überwiesen.

Dieser Ablauf wird im wesentlichen von den Beteiligten im Betrieb und den Krankenhausärzten bestätigt.

Der Patient W 7 wurde wegen seines aggressiven Verhaltens "sowohl dem Personal als auch den Mitpatienten gegenüber" (Aussage des Stationsarztes) aus einem Allgemeinkrankenhaus entlassen, wo er wegen einer Hypertonie, eines Diabetes mellitus und zerebraler Durchblutungsstörungen behandelt worden war. Zu Hause bedrohte der Patient seine Ehefrau (nach deren Angaben und nach den Angaben der Nachbarn). Diese erreichte über die Haus-

ärztin die Einweisung ihres Mannes ins LKH-Düren. Die Ärztin, die den Patienten nicht selbst aus Anlaß der Einweisung sah, nahm Kontakt mit dem behandelnden Arzt im Allgemeinkrankenhaus auf, ehe sie die Einweisung veranlaßte. Bei Aufnahme im LKH bestand Unklarheit über den Aufnahmemodus des Patienten. Er unterschrieb dort eine Freiwilligkeitserklärung.

Bei sechs der wiedereingewiesenen Patienten (W 2, W 4, W 5, W 10, W 11 und W 14) ließen sich nur längere Zeit zurückliegende Aggressionen eruieren. Eindeutige Hinweise für ein aggressives Verhalten, das der Einweisung unmittelbar vorausging, fanden sich nicht.

Unter anderem wurden Aggressionen angegeben, die schon zu früheren stationären Aufenthalten geführt hatten.

Die Mutter des Patienten W 2 hatte der behandelnden Nervenärztin berichtet, daß ihr Sohn "alles kaputt geschlagen" habe. Er habe sein Bett, Tonbandgerät und Plattenspieler zerstört. Auf diese Aussage hin beantragte die Ärztin die Einweisung und schlug einen Entmündigungsantrag vor. Bei einer Besichtigung des Zimmers des Patienten, das die Mutter nach eigenen Angaben seit der Einweisung ihres Sohnes nicht mehr betreten haben wollte, zeigte sich, daß dieses penibel aufgeräumt war und keine Spuren von Zerstörung zu erkennen waren. In mehrfachen Interviews machte die Mutter einen ebenso rigiden wie hilflosen Eindruck. Ihr Verhältnis zu dem Sohn schien ganz allgemein sehr gespannt.

Die angegebenen Zerstörungen hatten - wie sie jetzt angab - schon vor einer geraumen Zeit stattgefunden und schon damals als Einweisungsgrund gedient. Dieser Widerspruch konnte nicht aufgelöst werden.

Bei dem Patienten W 4 ließen sich im Gespräch mit der Mutter nur Aggressionen eruieren, die Jahre zurücklagen. Die Mutter des Patienten hatte die Einweisung veranlaßt und dabei angegeben, daß ihr Sohn sie geschlagen habe.

Zudem habe er Nägel in die Wand geschlagen. Ohne daß der Patient von den die Einweisung weiter Betreibenden gesehen wurde (Vormund, Arzt), wurde diese veranlaßt. Bei Überprüfung stellte sich heraus, daß der Patient Nägel in die Wand geschlagen hatte, um Bilder aufzuhängen. Die Mutter gab dann dem Interviewer an, nicht geschlagen worden zu sein. Sie würde ihren Sohn öfter ins LKH schicken, wenn er "unartig" sei. Während des Gespräches war gerade ein Anstreicher im Haus, der die Wohnung wegen der anstehenden Renovierung besichtigte. Die Mutter erschien dem Interviewer im Gespräch leicht paranoid. Sie war 83 Jahre alt.

Bei dem Patienten W 5 waren es früher vorausgegangene Aggressionen gegen andere und Sachen, die ihn in stationäre Behandlung brachten. Der Patient, bei dem 1974 nach einem Verkehrsunfall ein Schädelbasisbruch, eine Gehirnquetschung und ein Hirnschalenriß diagnostiziert worden waren, wurde nach diesem Unfall zunehmend aggressiver. Er drohte, die Frau, die den Unfall angeblich verursacht hatte, umzubringen. Zu Hause, so schilderte die Ehefrau - der Patient selbst konnte sich nicht erinnern - habe er in den letzten Wochen Geschirr an die Wand geworfen und sei auf seinen Sohn einmal mit dem Stuhl losgegangen. Die Familie schlafe vor Angst nachts nicht mehr.

Der Patient suchte gemeinsam mit seiner Frau den behandelnden Nervenarzt auf, der die Einweisung veranlaßte.

Der Patient W 10 wurde stationär eingewiesen, nachdem die Mutter des Patienten beim behandelnden Nervenarzt erschien und schilderte, ihr Sohn habe Geschirr zerschlagen und sie bedroht und belästigt. Der Arzt, der seinen Patienten zwei Tage vorher in der Sprechstunde gesehen hatte, stimmte dem freiwilligen stationären Aufenthalt zu.

Die Mutter berichtete dem Referenten während des Interviews, daß es wieder auf den Winter zugehe und ihr Sohn deshalb ins LKH wollte. Zu Auseinandersetzungen oder Tätlichkeiten sei es nicht gekommen.

Der Patient W 11 lebte mit seiner Frau zusammen, die wie er stationär im LKH-Düren behandelt worden war. Beide wurden durch eine niedergelassene Nervenärztin betreut. Deren Befragung und die der Sozialarbeiterin, die das Paar betreut, ergab folgendes Bild. Die Nervenärztin überwies beide wegen eines grippalen Infektes an den Hausarzt. Da beide im LKH berufstätig waren, machte sie sich um die nervenärztliche Betreuung keine Sorgen, als die beiden Patienten nun nicht mehr in ihrer Praxis erschienen. Die Frau des Patienten brach sich ein Bein und wurde nach stationärer Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus nach Hause entlassen. Als sie einige Male nicht zu ambulanten Kontrollen im Krankenhaus erschien, der Ehemann Besucher wie z.B. den Vormund nicht in die Wohnung bzw. ins Schlafzimmer ließ, verschaffte sich die betreuende Sozialarbeiterin Zutritt zu der Frau. Sie fand sie im Bett liegend, am ganzen Körper mit Hämatomen übersät, bei einem Gewicht von 45 Pfund in einem lebensbedrohlichen Zustand und veranlaßte sofort die Überweisung ins Allgemeinkrankenhaus.

Die hinzugezogene Nervenärztin veranlaßte sofort die Einweisung ihres Patienten, des Ehemannes, nachdem sie den Zustand der Frau gesehen hatte. Der Patient W 11, der angab, sich nicht an Tätlichkeiten gegenüber seiner Frau erinnern zu können, stimmte im LKH einem freiwilligen Aufenthalt zu.

Drei Wochen vor der jetzigen Einweisung riefen die Eltern des Patienten W 14 den behandelnden Arzt zu sich nach Hause. Der Patient selbst war nie in die ambulante Sprechstunde des Arztes gegangen. Die Eltern berichteten, daß ihr Sohn herumgetobt habe. Der Arzt gab ihm eine Injektion Haloperidol und schrieb eine Einweisung für das LKH-Düren aus.

Zu dieser kam es jedoch nicht, da sich die Eltern am nächsten Tage bei ihm meldeten und ihm mitteilten, daß es ihrem Sohn wieder gut gehe.

Zwei Wochen später riefen die Eltern den Arzt erneut ins Haus.Der Patient lag stuporös im Bett und hatte nach elterlichen Angaben längere Zeit über nichts gegessen, sich nicht gewaschen und nur rauchend im Bett gelegen.

Der Arzt ordnete die Einweisung an. Bei der Einweisung war der Patient nach Angaben der Krankenhausärzte noch stuporös, jedoch hatte der einweisende Arzt als Einweisungsgrund Aggression angegeben.

Bei den Patienten W 1, W 12 und W 15 waren diese Agressionen gegen sich selbst gerichtet.

Der Patient W 1 kündigte nach Angaben der Gattin und des Vaters wie vor seiner ersten Einweisung an, sich selbst das Leben zu nehmen. Dies teilte er auch in einem Brief an seine Verwandten mit.

Unmittelbar seiner Einweisung vorangegangene Aggressionen gegen sich selbst waren der Einweisungsgrund bei dem Patienten W 12. Der 24jährige, der seit kurzer Zeit in einem Altersheim untergebracht war, gab an, ihm sei dort Satan erschienen. Er habe sich in die Finger gebissen, seinen Kopf vor die Wand gestoßen, mit der Absicht, sich zu verletzen.
Aus diesem Grund wurde nach Auskunft der Heimleitung die Rücküberweisung ins LKH-Düren veranlaßt.

Der Patient W 15 meldete sich in einem Allgemeinkrankenhaus und gab dem Aufnahmearzt an, Tabletten genommen zu haben mit der Absicht, sich umzubringen. Da sich der Arzt erinnerte, daß dies in der Vergangenheit schon öfter geschehen war, empfahl er eine Therapie im LKH-Düren. Der Patient stimmte dem zuerst zu, zog jedoch später seine

Freiwilligkeitserklärung zurück. Daraufhin wurde er nach Psych KG zwangseingewiesen. Diese Angaben des Krankenhausarztes wurden vom Patienten bestätigt.

Bei zwei Patienten (W 8 und W 13) waren die Agressionen sowohl gegen sich selbst als auch gegen andere gerichtet.

Der Patient W 8 wurde von der psychiatrischen Abteilung einer Universitäts-Klinik überwiesen. Dort hatte er, wie auch schon bei früheren Aufenthalten, nach Angaben des Pflegepersonals und der behandelnden Ärztin versucht, sich das Leben zu nehmen. Er rannte mit dem Kopf gegen die Wand und brachte sich eine Schädelfissur bei. Er verstümmelte sich selbst, indem er glühende Zigaretten auf seinem Körper ausdrückte oder sich heißen Tee über die Genitalien goß.

Eine Krankenschwester, die auf der Station tätig war, würgte er, um, wie er sagte, sich nicht selbst etwas antun zu müssen.

Der Patient W 13 war vor seiner stationären Einweisung zur Umschulung im Dürener Berufsbildungswerk für Blinde. Seine Blindheit rührt von einem Selbstmordversuch her. Er hatte sich mit einer Pistole in den Kopf geschossen. Während seines Aufenthaltes im Förderungswerk begann er nach Informationen seiner Betreuer mit einem exzessiven Alkoholabusus, einmal in Verbindung mit Tabletten, so daß eine Magenspülung im Allgemeinkrankenhaus erforderlich wurde. Er selbst bestritt eine suizidale Absicht.

Da er weiterhin Inventar des Hauses zerstörte und Flaschen auf den Hof des Gebäudes warf, was eine Gefährdung der anderen Bewohner beinhaltete, wurde er kurz darauf nach Rücksprache mit den Eltern und der behandelnden Ärztin zur stationären Behandlung ins LKH-Düren eingewiesen.

Bei dem Patienten W 6 konnte weder unmittelbar vor der Einweisung noch in der Vergangenheit Aggression, die

in einem Zusammenhang mit dem Grund der Einweisung hätte stehen können, festgestellt werden.

Der Patient, der seit kurzer Zeit Bewohner einer Arbeitskolonie war, wurde von seinen Mitbewohnern als nicht zu ihnen passend definiert. Nachdem man dem Patienten sagte, er solle sich "eine Fahrkarte nach Düren kaufen", versuchte er, seinem Kontrahenten eine Ohrfeige zu geben. Dies war der Grund für den einweisenden Arzt, den Patienten zur stationären Behandlung zu schicken. Nicht, wie er selber sagte, weil der Patient ein psychiatrischer Fall sei - eher ein "Michael Kohlhaas" - sondern weil die Betreuer der Kolonie nicht in der Lage seien, "mit Ärger fertig zu werden".

Tabelle 5:

Aufnahme- und Abschlußdiagnosen des LKH-Düren für die wiederholt eingewiesenen Patienten sowie ihre Aufenthaltsdauer

Pat.	Diagnose des aufnehmenden Krankenhaus-arztes im LKH	Diagnose des behandelnden Stationsarztes in der Epikrise	Aufenthaltsdauer in Tagen
W 1	Schizophrenie - paranoide Form	Psychische Ausnahmereaktion (paranoides Phänomen)	180
W 2	Schizophrenie - paranoide Form/Erregungs-zustände mit Aggr.-Zuständen	Langjährige psych.Erkrankung mit immer wieder-kehrenden Verschlechterungen	60
W 3	Psychische Störung bei Hirnverletzung/ andere u. nicht näher bezeichnete Form des Alkoholismus	Pathologischer Rausch	3
W 4	Schizophrenie - paranoide Form	Jetzt kein eindeutiger pathologischer Befund	8
W 5	Psychose bei Hirnarteriensklerose/- bei Epilepsie	Organische Wesensänderung bei Anfallsleiden/Zustand nach Hirntrauma 1974	37
W 6	Schizophrenie - paranoide Form	Depressive Persönlichkeit mit sozialer Verwahrlosung. Wandernd und ohne engere Bindung seit vielen Jahren. Chronisches Magenleiden.	19
W 7	Nicht näher bezeichnete Schizophrenie - form	Psychotische Dekompensation vor allem mit manischen Zügen und Größenvorstellungen	27
W 8	Schizophrenie - paranoide Form	Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis	106
W 9	Schizophrenie - paranoide Form	Langjährige psychotische Erkrankung	60
W 10	Schizophrene Rest- u. Defektzustände	Langjährige psychotische Erkrankung	25
W 11	Psychose bei Epilepsie	Epilepsie	187
W 12	Nicht näher bezeichnete reaktive Psychose	Noch nicht entlassen bei Abschluß der Untersuchung	884
W 13	Hysterische Persönlichkeit	Schwere Depression u.schwere latente Suizidalität	72
W 14	Schizophrenia simplex	Symbiotisch-psychot.Syndrom, Tendenz zu paranoiden Reaktionen bei latenter Suchtstruktur	325
W 15	Schizophrenie - paranoide Form	Depressive Verstimmung und Zwangssymptome bei neuro-tischer Charakterentwicklung	7
W 16	Angstneurose	Neurotische Charakterentwicklung mit depressiver Symptomatik	9

Die stationäre Behandlung der wiederholtaufgenommenen Patienten

Alle 16 Patienten wurden medikamentös behandelt. Die Therapie bestand in der Gabe von Neuroleptika und/oder Sedativa.

Gespräche im Sinne einer Beratung wurden mit zehn Patienten geführt. Diese Beratung sollte - nach Abklärung der sozialen und psychischen Situation - den Patienten helfen, im Verband der Familie oder des entsprechenden sozialen Umfeldes erneut Fuß zu fassen. Wenn möglich, wurden Familienangehörige hinzugezogen, um mit ihnen gemeinsam Konflikte und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Aufenthaltsdauer dieser Patienten im Landeskrankenhaus erwies sich kürzer als die der Patienten, die psychotherapeutisch behandelt wurden. Sie beträgt durchschnittlich ca. 40 Tage (3 bis 187). Sechs Patienten (W 1, W 2, W 8, W 9, W 12 und W 14) wurden psychotherapeutisch behandelt. Ihre Aufenthaltsdauer betrug durchschnittlich 270 Tage (60 bis 884) (siehe Tabelle 5).

Auch das Durchschnittsalter der beiden Gruppen differierte: Das der psychotherapeutisch behandelten Patienten betrug ca. 26 Jahre (19 bis 33), das der lediglich beratenen Patienten ca. 36 Jahre (20 bis 58).

Verhalten der wiedereingewiesenen Patienten auf der Station

Bis auf wenige Ausnahmen (relativ schnelle Entlassung, Verlegung auf eine andere Station, freiwillige Inanspruchnahme der stationären Behandlung durch den Patienten (W 16)), war ein Verhalten der Insassen zu beobachten, das im Jargon des Personals als "sich Einleben" bezeichnet wird:
Anfängliche Zurückgezogenheit und Schweigsamkeit, Isolierung von Kontakten zu Mitinsassen und Personal, häufig tage- und nächtelanges Dämmern und Schlafen im Bett,

wechselte über in ein an den vorgegebenen Stationsablauf adaptiertes Verhalten. Die meisten Patienten vollzogen nach einigen Tagen einen Rückzug aus der anfänglichen Distanz. Partner zum Tischtennis-, Karten- oder Schachspiel wurden ebenso gesucht wie Spendierer von Zigaretten und Verleiher von Geld. Soweit beobachtet werden konnte, entwickelten sich keine persönlichen Beziehungen zwischen einzelnen Patienten.

Die angegebene Aggression gegen sich selbst oder andere, die in fast allen Fällen zur Einweisung der Patienten führte, konnte während des stationären Aufenthaltes der Patienten nur vereinzelt beobachtet werden, und zwar erst nach längerem Aufenthalt auf der Station.

Ein Patient (W 12) zog sich beim Stoß mit der Faust gegen die Wand den Bruch eines Mittelhandknochens zu. Er kündigte an, sich das Leben zu nehmen. Sein Verhalten provozierte einige Patienten, ihm gegenüber aggressiv zu werden. Ein anderer Patient (W 8) nahm sich während eines Ausgangs das Leben. Vorher hatte er versucht, sich auf der Station selbst Verletzungen beizubringen. Er war der einzige der 21 Patienten, der in eine handgreifliche Auseinandersetzung mit Pflegepersonal und Mitpatienten geriet.

Entlassung und Nachbetreuung der wiederholt eingewiesenen Patienten

Von 13 Patienten, die wiederholt eingewiesen wurden - einer hatte sich während des stationären Aufenthaltes das Leben genommen, ein anderer befand sich bei Abschluß der Untersuchung nach wie vor in stationärer Behandlung, ein dritter wurde in ein Altersheim überwiesen -, wurden sechs Patienten zu einem niedergelassenen Arzt, praktischen Arzt oder Internisten, überwiesen. Die Empfehlung zur weiteren Therapie, die vom entlassenden Arzt gegeben wurde, war eine medikamentöse (Psychopharmaka). In den meisten Fällen war der nachbetreuende Arzt der einwei-

sende. Zu einer Psychotherapie wurde keiner der Patienten überwiesen.

DISKUSSION

Die Methode

Anhand der Kasuistiken von 21 Patienten, die in der Männeraufnahmestation des Landeskrankenhauses Düren aufgenommen wurden, soll der Frage nachgegangen werden, ob es Hinweise dafür gibt, daß auch soziale Faktoren bei der Einweisung eine Rolle gespielt haben.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß

1. 21 Patienten nicht zu einer repräsentativen Aussage genügen;
2. es sich lediglich um e i n psychiatrisches Krankenhaus handelt und evtl. Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenhäusern, verschiedenen Regionen etc. nicht berücksichtigt werden können; und
3. durch die Beschränkung auf eine M ä n n e r aufnahmestation ungeprüft bleibt, ob die hier möglichen Hypothesen auch auf einer F r a u e n - aufnahmestation formuliert worden wären.

Diese Einschränkungen sind zu berücksichtigen. Weiterhin beinhaltet die Methode des Interviews der Patienten, ihrer Angehörigen, des Personenkreises, der ihrem weiteren sozialen Umfeld angehört sowie der einweisenden Institutionen und der behandelnden Ärzte im psychiatrischen Krankenhaus, daß das Ergebnis mehr etwas über die subjektive Sicht aller Beteiligten aussagt. Es liegt darum in der Natur der Sache, daß die Beschreibungen des Sachverhaltes, der in den einzelnen Fällen zur Einweisung geführt hat, nicht ohne Widersprüche sind, insbesondere zwischen den Angaben der Patienten und den anderer beteiligter Personen. Aber diese Widersprüche mindern nicht

die Relevanz der Aussagen, da es ja um Motivationszusammenhänge geht, die ihrem Wesen nach immer subjektiv sind. Und doch sind die verschiedenen Aussagen prinzipiell nicht gleich zu bewerten.

Bei der Einweisung eines Patienten sind mehrere Personengruppen beteiligt:

1. Der Patient;
2. Gegebenenfalls Angehörige;
3. Professionelle Helfer wie Ärzte, Sozialarbeiter, Gesundheitsämter;
4. Vertreter der öffentlichen Ordnung wie Ordnungsamt, Polizei, Gerichte u.ä.

Für die unter Nr. 1. und 2. genannten Personen ist sicherlich allein ihre subjektive Sicht der Ereignisse, die zur Krankenhauseinweisung führen, entscheidend. Es genügt, daß ein Patient glaubt, er sei krank oder daß seine Angehörigen glauben, Konflikte in der Familie seien krankheitsbedingt, um mit Recht die Beratung eines für diese Frage qualifizierten Fachmanns in Anspruch zu nehmen. Aber von den Experten wird verlangt, daß sie zu einer Einschätzung des objektiven Sachverhaltes kommen, ob also tatsächlich eine Krankheit vorliegt. Nur von den unter 4. genannten Personen wird man verlangen dürfen, daß sie vor ihrer Entscheidung das Urteil des objektiven Sachverhalts durch die unter 3. genannten Personen berücksichtigen.

Im einzelnen wollen wir versuchen, hypothetische Antworten auf die Fragen zu gewinnen:

"Warum wurde das psychiatrische Landeskrankenhaus als Behandlungsort gewählt?"

"Welche Erwartungen wurden an die dortige Behandlung gestellt?" etc.

Dabei geht es nicht darum, objektive Kriterien zur Krankheitsentstehung, zur Diagnosestellung und zu Therapieverfahren herauszufinden, sondern diese subjektive Sicht der "Benutzer" des psychiatrischen Krankenhauses darzustellen.

Dies schränkt die Wichtigkeit der Untersuchung in keiner Weise ein, denn der "therapeutische Effekt" einer Institution des Gesundheitswesens hängt davon ab, wie diese Institution subjektiv gesehen wird, nicht allein davon was sie objektiv tut.

Die Patienten. Wer wird ins psychiatrische Großkrankenhaus eingewiesen?

1. Die Diagnosen der eingewiesenen Patienten

Die Aufschlüsselung der Patienten nach den Diagnosen der einweisenden Ärzte zeigt, daß der überwiegende Teil der Patienten, nämlich zehn, mit der Diagnose einer Psychose eingewiesen wurde. Hierunter fallen sowohl Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis als auch organisch bedingte Psychosen.

Bei vier der insgesamt zehn Patienten beläßt es der einweisende Arzt jedoch bei der allgemeinen Formulierung "Psychose" bzw. "akute Psychose", ohne sich weiter festzulegen. Bei zwei weiteren Patienten hält er eine Psychose für möglich.

Eine kleinere zweite Gruppe von zwei Patienten wird unter der Diagnose einer neurotischen bzw. psychosomatischen Erkrankung eingewiesen. Ebenfalls zwei Patienten werden unter der Diagnose einer hirnorganisch bedingten Wesensänderung eingewiesen.

Eine vierte Gruppe schließlich, die zahlenmäßig mit vier Patienten die zweitgrößte ist, bleibt - sofern man

dem Einweisungsformular folgt - diagnostisch unklar. Ein Patient wird ohne vorherige Konsultation eines Arztes aufgenommen.

Daß die überwiegende Zahl unserer Patienten unter einer Diagnose,die eine sehr schwerwiegende psychische Störung charakterisiert, eingewiesen wurde, stimmt mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen überein (BRISTOW u.a. 1966; RAWLS 1971; HARTMANN u.a. 1974; TODD 1974; VIESSELMANN u.a. 1975; GOVE 1977; LORENTZEN 1981; GELLER 1982). Die Patienten sind insofern auch repräsentativ für die Klientel eines psychiatrischen Großkrankenhauses. Auch die Diagnosen innerhalb des Krankenhauses sind überwiegend solche schwerer psychischer Störungen, wobei sehr auffällig ist, daß die Entlassungsdiagnosen der behandelnden Ärzte die nosologische Einordnung der Patienten oft sehr unklar lassen. Dies steht im Gegensatz zu einer Untersuchung, die auf der gleichen Station durchgeführt wurde, wonach fast die Hälfte aller Patienten der Station, auf der wir unsere Untersuchung durchgeführt haben, unter der Diagnose Schizophrenie behandelt wurde (MATAKAS u.a. 1979). Als zweitgrößte Gruppe nennen die Autoren die Fälle mit schwerer Neurose oder BORDERLINE-Symptomatik. An dritter Stelle kommen die Patienten mit Depressionen und an vierter Stelle sog. "dissoziale Störungen".

Es gibt weitere Untersuchungen, die die Häufigkeit der verschiedenen Diagnosen bei der Klientel von Landeskrankenhäusern, Universitätskliniken (TROJAN u.a. 1976) und niedergelassenen Nervenärzten (DEGKWITZ u.a. 1973; DILLING u.a. 1975) untersuchen. Dabei wird festgehalten, daß die Diagnosen "Schizophrenie" und "organische Psychose" besonders häufig sind bei den Patienten, die in das Landeskrankenhaus eingewiesen werden.

Im Zusammenhang mit unserer Untersuchung läßt sich sagen, daß die Schizophrenie bzw. die organische Psychose eine psychische Erkrankung ist, die von den einweisenden Ärzten als eine Krankheit betrachtet wird, die wenigstens im Krisenfall eine stationäre Behandlung notwendig macht. Diese Schlußfolgerung erscheint trivial, ist es aber nicht, wenn man berücksichtigt, daß lediglich in 8 von 20 Fällen nicht zusätzlich als Einweisungsgrund Aggression angegeben wurde. Diese Kombination von Psychose und Aggression wird also noch näher zu betrachten sein.

2. Die soziale Schicht der eingewiesenen Patienten

Insgesamt sechs der Patienten hatten keinen Schulabschluß oder die Sonderschule besucht. Vier der Patienten hatten nach der Grundschule eine weiterführende Schule besucht. Insgesamt 10 der 21 Patienten hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Vergleichen wir diese Zahlen mit dem Bevölkerungsdurchschnitt (Bericht des Bundeswirtschaftsministeriums "Leistung in Zahlen '81"), so sind die hier eingewiesenen Patienten zweifellos den unteren sozialen Schichten zuzuordnen, wenn man dabei den Grad der Schulausbildung oder Berufsausbildung zugrunde legt. Hinzu kommt, daß von den 21 untersuchten Patienten lediglich fünf zum Zeitpunkt der Untersuchung noch einen Arbeitsplatz hatten.
Von diesen fünf Patienten verloren zwei während der stationären Behandlung ihre Stelle.

Das Durchschnittseinkommen der Patienten, das ebenfalls etwas über deren sozialen Status aussagt, lag unterhalb von DM 1.000,--.

Die Patienten unseres Samples gehören also sozial gesehen einer unteren Schicht an, wobei hier der Frage nicht nachgegangen werden soll, ob die Krankheit zu einem sozialen Abstieg führte oder die Zugehörigkeit zu einer unteren sozialen Schicht das Auftreten der Krankheit mitbegünstigt hat (HOLLINGSHEAD u.a. 1958; KERR 1967; MILLER u.a. 1968; WESSLER u.a. 1970; HÄFNER 1971; WALLER 1972; RÖTHER 1973; WILKEN 1973; HARTMANN u.a. 1974; TROJAN u.a. 1976; FRIEDMAN u.a. 1981; WEYERER, DILLING 1984).

3. Die soziale Situation der eingewiesenen Patienten

Bei fast allen untersuchten Patienten drängte sich der Eindruck auf, daß ein erheblicher Mangel an sozialer Kompetenz bestand. In den Bereichen Familie, Arbeitsfeld, weiteres soziales Umfeld, hatten sie erhebliche Schwierigkeiten, den üblichen Rollenerwartungen zu entsprechen. Es ergaben sich Hinweise dafür, daß dieser Mangel häufig im Verlauf der psychiatrischen Karriere eingetreten ist oder sich vergrößert hat: Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes, "Vereinsamung im informellen gesellschaftlichen Verkehr" (WIESER 1973) usw. führten zur Stigmatisierung.

Nur 7 der 21 Patienten waren verheiratet, bei einem der Patienten war während seines stationären Aufenthaltes die Scheidung im Gespräch. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, mit denen unsere Beobachtungen in Übereinstimmung stehen (ZIGLER u.a. 1961; ZIGLER u.a. 1962; BROWN u.a. 1964; BROWN u.a. 1968; MAISEL 1968; MILLER u.a. 1968; POLLACK u.a. 1968; ROSEN u.a. 1968; IRLE u.a. 1971; ROSEN u.a. 1971; COPELAND u.a. 1972; GOFFMAN 1972; FOUDRAINE 1973; REINHARDT-SCHNADT 1973; SERBAN u.a. 1974; STRAUSS u.a. 1974; SERBAN 1975; SERBAN u.a. 1976; MARKS 1977).

4. Ursachen der Einweisung ins psychiatrische Großkrankenhaus - Hypothesen

Bei fast allen unseren Patienten hatte der einweisende Arzt eine direkte Beziehung zwischen Symptomatik und einer zugrunde liegenden Krankheit hergestellt. In den meisten Fällen (16) hat er sich dabei weitgehend festgelegt und eine Diagnose - zumindest eine Verdachtsdiagnose - gestellt.

Diese Zuordnung des Patienten zu definierten Krankheitsbildern ist es jedoch nicht allein, was die Einweisung verursacht hat. Zunächst ergaben sich in der Untersuchung ja charakteristische Unterschiede, die wir auch angesichts der nur kleinen Vergleichszahlen für relevant halten möchten. Bei der Einweisung der Patienten, die früher schon im LKH waren, waren die Familienangehörigen so gut wie immer aktiv geworden und haben die Einweisung veranlaßt, während bei den erstmals eingewiesenen Patienten Familienangehörige so gut wie immer dagegen waren.

In nahezu allen Fällen (bis auf 3) haben die Ärzte auf den Einweisungsformularen als Einweisungsgrund aggressive Handlungen angegeben, und zwar Aggressionen gegen sich selbst und/oder gegen andere. Dies gilt unterschiedslos für die erstmals wie wiederholt Eingewiesenen.

Jedoch ist die Rolle der Aggression eine unterschiedliche bei den erstmals und bei wiederholt Eingewiesenen. Während wir nämlich bei den erstmals Eingewiesenen durch die Nachuntersuchung ausreichend Hinweise dafür erhielten, daß es zu erheblichen aggressiven Ausbrüchen der Patienten - eine Ausnahme bildet der Patient E 3 - gekommen war, die angesichts weiterer Indikatoren von den hinzugezogenen Ärzten als Ausdruck eines Krankheitsgeschehens gedeutet wurden, war dies bei den

wiederholt Eingewiesenen anders. Bei den wiederholt Eingewiesenen war es in 6 von den 15 Fällen nicht möglich, zeitlich und inhaltlich umschriebene und begrenzte Ereignisse festzustellen, die den unmittelbaren Anlaß der Einweisung hätten darstellen können, obwohl es in der früheren Vorgeschichte aggressive Auseinandersetzungen gegeben hatte. In 5 von 8 Fällen war die bescheinigte Suizidneigung nicht zweifelsfrei nachzuweisen. Zeitlich und situativ umrissene aggressive Akte waren nur bei 4 Patienten als Einweisungsgrund oder -anlaß feststellbar. 5 der wiederholt Eingewiesenen hat der einweisende Arzt innerhalb der letzten 24 Stunden vor der Einweisung nicht gesehen.

In 9 von 15 Fällen stellte er die Einweisung auf Veranlassung der Angehörigen aus. Dies bedeutet nicht, daß die übrigen 6 wiederholt eingewiesenen Patienten gegen den Willen ihrer Angehörigen eingewiesen wurden. Hier war es so, daß die Patienten entweder keine Angehörigen mehr hatten bzw. der Kontakt so oberflächlich war, daß diese erst durch uns von der Einweisung erfuhren oder daß durch die notfallmäßige Einweisung - wie z.B. im Falle der Patienten W 3 und W 11 - ein Gespräch mit ihnen nicht erfolgte.

Der typische Patient unseres Samples hat eine schwere psychische Störung (z.B. eine organische Psychose oder eine Schizophrenie), er gehört den unteren sozialen Schichten an. Der unmittelbare Anlaß seiner Einweisung ist seine aggressive Verhaltensweise. Die aggressive Verhaltensweise (gegen sich selbst und/oder gegen andere) ist aber schwer nachprüfbar. In vielen Fällen handelt es sich mit Sicherheit nicht um ein abgrenzbares herausragendes Ereignis. Die Einweisung wird überwiegend von den Familienangehörigen betrieben.

Die genauere Untersuchung des Hergangs, der zur Einweisung führte, hat ergeben, daß die angegebene Aggression sehr häufig entweder nicht unmittelbar vor der erfolgten Einweisung stattgefunden hat, oder in Einzelfällen ließ sich überhaupt kein Hinweis für die behauptete Aggression finden. Hinzu kommt, daß in 6 Fällen die einweisenden Ärzte die Patienten unmittelbar vor der Einweisung gar nicht persönlich gesehen haben, wenn sie ihnen auch durch frühere Kontakte her bekannt waren.

Daß dies nicht nur für unsere Patienten zutrifft, zeigt eine Untersuchung des Landschaftsverbandes Rheinland, die exemplarisch am Beispiel des Amtsgerichtsbezirks Duisburg Einweisungspraktiken in die zuständige Landesklinik Viersen prüfte und an Ordnungs-, Gesundheitsämter, Richter und Ärzte den Vorwurf richtete, "Menschen zu schnell und oftmals mit unzureichenden Begründungen in psychiatrische Kliniken einzuweisen" (zitiert nach Frankfurter Rundschau, 8. Febr. 1983).

Unangesehen der Frage, inwieweit dies korrektem ärztlichen Handeln entspricht, scheint uns diese Tatsache darauf hinzuweisen, daß weder von den einweisenden Ärzten noch von den anderen Agenturen, die die Einweisung betrieben haben (in der Mehrheit die Familienangehörigen) eine akut aufgetretene umgrenzte aggressive Verhaltensweise als eigentlicher Einweisungsgrund angesehen wurde.

Wir ziehen also auf der einen Seite in Zweifel, daß die auf dem Einweisungsformular gemachten Angaben so zutreffend sind. Auf der anderen Seite meinen wir, daß sich hinter diesen Angaben doch ein wahrer Sachverhalt verbirgt:

In der Mehrzahl der Fälle war es so, daß sich ein über längere Zeit anhaltender schwelender sozialer Konflikt mit der unmittelbaren sozialen Umwelt mit der Zeit verschärft hatte und der vorübergehende Ausschluß des Konflikt- bzw. Symptomträgers (im Regelfall von der Familie her gesehen) offenbar als einzige mögliche Lösung angesehen wurde. Die Vorgeschichte vieler Patienten war ja voll von aggressiven Auseinandersetzungen meist mit der Familie. Der Rückgriff des einweisenden Arztes bei seiner Indikationsstellung für eine Krankenhauseinweisung auf aggressive Verhaltensweisen war somit begründet durch frühere Erfahrungen aggressiven Verhaltens. Die Formulierung "Aggression", sei sie gegen sich selbst oder gegen andere gerichtet, war nur eine Verdichtung lang anhaltender aber weniger auffälliger Verhaltensweisen.

Dabei gingen die Ärzte - und es scheint, auch die anderen beteiligten Personen - davon aus, daß die Aggression entweder krankheitsbedingt war oder jedenfalls in enger Beziehung zur Krankheit der Patienten stand; denn, vorbehaltlich der geringen Anzahl der untersuchten Patienten, scheint es ja so, daß aggressives Verhalten dann einen Einweisungsgrund darzustellen scheint, wenn es mit einer so schweren psychischen Erkrankung verbunden ist wie eine Psychose oder eine in ihren Auswirkungen der Psychose nahekommende psychische Erkrankung; umgekehrt schien bei den wiederaufgenommenen Patienten für die Ärzte die psychische Erkrankung selbst kein hinreichender Grund für eine Einweisung gewesen zu sein. Dies lag ja auch nahe, da es sich bei allen Fällen um eine schon länger bestehende Erkrankung handelte, die leidlich kompensiert schien.

Es liegt aber auch nahe anzunehmen, daß der Rückgriff der einweisenden Ärzte auf Begriffe wie Aggressivität und Suizidalität mitbedingt ist durch das Unterbringungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen. Darin wird als hinreichender Grund für die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt Aggressivität und Suizidalität bei Vorliegen einer schweren psychischen Störung (z.B. Psychose), angegeben, wenn dadurch die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährdet ist (siehe auch BOSCH 1971; ERNST u.a. 1974).

Die Gruppe der erstmals eingewiesenen Patienten läßt sich nicht ohne weiteres mit der Gruppe der wiederholt eingewiesenen vergleichen; denn wir wissen nicht, ob diese ersteingewiesenen solche Patienten sind, die in einer Kette sich wiederholender Einweisungen zum ersten Mal gekommen sind oder ob es sich um Patienten handelt, die eigentlich untypisch für das LKH sind und bei denen diese Einweisung ein singuläres Ereignis bleiben wird.

Jedoch ist auch deren Geschichte ein Indiz dafür, daß bei den einweisenden Agenturen ein Reflex besteht, der psychische Störung und Aggressivität mit dem psychiatrischen Krankenhaus in Zusammenhang bringt.

Zu der Frage, was es eigentlich für soziale Konflikte sind, die die stationäre Behandlung so unausweichlich erscheinen lassen, können wir anhand unserer Untersuchung nur ungefähre Aussagen machen.

Wir können feststellen, daß es sich bei den Patienten um solche mit einer schweren chronischen psychischen Erkrankung handelt. Es sind Patienten der Unterschicht mit einer schlechten Schulbildung und einer oft mangelhaften Berufsausbildung. Die meisten von ihnen sind arbeitslos, nur wenige sind verheiratet. Es ist

also deutlich, daß es sich um Menschen mit einer sehr gering ausgeprägten sozialen Kompetenz handelt, wobei hier die Frage, ob dies schon prämorbid der Fall war oder eine Folge der Erkrankung ist, nicht von Belang ist. Wir denken, daß in diesem Bereich auch die Ursachen des sozialen Konflikts gesucht werden müssen. Es sind mehr Einzelfälle, die wir anführen können und die das Problem etwas erleuchten helfen, ohne daß wir generelle Hypothesen zu formulieren in der Lage wären.

Anhand unserer Kasuistik lassen sich die Situationen, aus denen heraus Patienten in das LKH eingewiesen wurden, vorläufig in fünf Kategorien gliedern.

In die erste Gruppe gehören die Patienten,die aus einer familiären Situation kamen, die selbst schon höchst problematisch war.

Da ist einmal die Mutter eines Patienten (W 4), die selbst psychisch schwer gestört erschien. Sie veranlaßte aufgrund von Gewohnheitsregeln, die wohl einem potentiellen Konflikt - hier bei der Renovierung der Wohnung - vorbeugen sollen, die Einweisung ihres Sohnes, ohne daß es hierfür einen realistischen Anlaß gegeben hätte. Dies ist sicher kein Einzelfall.

Der Patient W 2 wurde ebenfalls ohne unmittelbaren Anlaß auf Veranlassung der Mutter eingewiesen. Jedoch ergaben sich deutliche Hinweise dafür, daß die Beziehung zwischen Mutter und Sohn ständig unter erheblichen Spannungen litt.

Auch bei anderen Patienten (W 8 und W 14) hatten wir den Eindruck, der aus der Kasuistik deutlich wird, daß die Familienangehörigen, die mit den eingewiesenen Patienten in enger Lebensgemeinschaft wohnen, selbst unter schweren psychischen Problemen zu leiden hatten.

Es gibt dann eine zweite Kategorie von Patienten, die ins psychiatrische Krankenhaus eingewiesen wurden, weil sie in der Situation, in der sie lebten, gewissermaßen einfach nicht hineinzupassen schienen, aber die um eine Lösung bemühten Agenturen nicht wußten, wo sie die Patienten hinschicken sollten. Die Einweisung in das LKH erschien da als ein möglicher Ausweg.

Hierfür ist ein Beispiel der Patient W 6, der seinen sozialen Strukturen und seiner Erwartungshaltung nach einfach nicht in die Arbeiterkolonie paßte, der aber aus der Sicht der dortigen Institution nicht einfach auf die Straße gesetzt werden konnte, genauso wie der junge Patient W 12. Dieser wurde vom LKH in ein Altersheim eingewiesen und kam ebensowenig wie die Heimleitung mit dieser Situation zurecht, so daß nach kurzer Zeit die erneute Einweisung ins LKH erfolgte, da kein anderer Ausweg ersichtlich war.
Der Patient E 5 wurde eingewiesen, weil die zuständige Sozialarbeiterin die Familienverhältnisse für verwirrend und mehr oder weniger asozial hielt und sie zur Lösung eben keinen anderen Weg als die Einweisung ins LKH sah.
Auch das Berufsförderungswerk für Blinde sah im Falle des Patienten W 13 keine andere Möglichkeit, als diesen stationär einzuweisen, da er mit seinem Verhalten für die Institution untragbar war und die Familie sich weigerte, ihn zum jetzigen Zeitpunkt aufzunehmen.

An den beiden letzten Beispielen wird deutlich, daß es durchaus zu Überschneidungen in den verschiedenen Kategorien kommt.

In die dritte Gruppe gehören schließlich solche Patienten, die in einer Umgebung lebten, die wenig Besonderheiten bot, bei denen also die soziale Spannung mehr oder weniger eindeutig zu ihren Lasten ging. In dieser Gruppe sind auch diejenigen Patienten zu finden, die im LKH zumindest für eine gewisse Zeit ein Asyl und einen Ort der Betreuung sehen. So wurde z.B. der Patient W 10 selber initiativ, um eine stationäre Einweisung zu erreichen, der Patient W 16 kam aus eigenem Antrieb ins LKH und verlangte stationäre Behandlung auf der ihm vertrauten Station.

Bei den Patienten der vierten Gruppe kam es zu einer derartig bedrohlichen psychischen und sozialen Dekompensation, daß eine große Gefährdung für die Patienten selbst und für die Personen in ihrem sozialen Umfeld bestand. Der Patient W 9 wurde gegenüber seiner Mutter gewalttätig, so daß diese um ihr Leben fürchten mußte, der Patient W 11 mißhandelte seine Ehefrau derartig, daß sie in lebensbedrohlichem Zustand ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Auch bei den Patienten W 3 und W 8 kam es zu solchen aggressiven Ausbrüchen.

Eine Sondergruppe bilden die erstmalig eingewiesenen Patienten. Bei allen von ihnen - mit Einschränkungen beim Patienten E 5 - läßt sich klar und umgrenzt angeben, daß es unmittelbar vor der Einweisung zu einer erheblichen sozialen Dekompensation gekommen ist. Es lag jedesmal ein Ereignis vor, das an sich ungewöhnlich ist, in jedem Fall zu Interventionen herausforderte, aber in dem besonderen Fall in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung des Betreffenden gebracht werden mußte. Hier war es, anders als bei den wiederholt Eingewiesenen, gewissermaßen die Überraschung und das Unerwartete, daß sie mit einer bestimmten sozialen Konfliktsituation nicht fertig werden konnten.

Der Widerstand, den die Angehörigen einer Einweisung entgegenbrachten, läßt sich darum so interpretieren, daß sie von dem Betreffenden erwarteten, daß er noch in der Lage wäre, mit den normalen Mitteln seiner Situation Herr zu werden. Diese Erwartung drückt aber auch die Bereitschaft der Angehörigen aus, allein und mit den üblichen Mitteln sozialer Konfliktbearbeitung die Situation zu bereinigen.

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Vermutung, daß das psychiatrische Krankenhaus im Bewußtsein der Personen, die es "benutzen", eine zusätzliche bzw. andere Funktion hat bzw. haben sollte als eine medizinische im engeren Sinne.

Die medizinische Funktion im engeren Sinne wäre die klassische, daß es ein Ort ist, an dem Menschen einer Krankheit wegen, die sich an ihrem Körper oder an ihrer Psyche manifestiert, behandelt werden. Hinzukommen sollte, daß es sich um eine Erkrankung von solchem Schweregrad handelt, daß eine Pflege und eine Überwachung durch ausgebildete Personen notwendig geworden ist. Es steht außer Frage, daß dies auch eine Funktion des psychiatrischen Krankenhauses ist. Aber es ist nicht alles, was von ihm erwartet wird. Die Einweisungsmodalitäten ergaben jedoch, daß neben der von den Ärzten diagnostizierten Krankheit noch ein sozial nicht akzeptiertes Verhalten hinzukam, damit die Einweisung erfolgte. Es mag dabei natürlich auch eine Rolle spielen, daß Landeskrankenhäuser in einem Ruf stehen, der sie für Patienten nicht besonders attraktiv erscheinen läßt. Aggressivität oder Suizidität wären dann Tatbestände, die eine schon vorher vielleicht existierende Behandlungsbedürftigkeit nun unaufschiebbar machte. Aber dies allein

scheint als Erklärung nicht ganz ausreichend, weil doch die Tendenz bei Angehörigen und Ärzten bestand, Aggressivität oder Suizidalität zum Behandlungsanlaß zu machen, auch wenn sie nicht mehr so im Vordergrund stand und ferner auffällig war, daß überhaupt so konstant auf sie Bezug genommen wurde, während doch die Krankheit allein schon und ihre psychopathologische Symptomatik einen ausreichenden Grund für eine Behandlung darstellen sollte, zumindest dann, wenn es nicht zur Zwangseinweisung kam.

Es erscheint uns wichtig, daß die angegebene soziale Auffälligkeit häufig kein umgrenztes und klar definierbares Ereignis darstellt. Wenn wir also nicht annehmen wollen, daß es reine Willkür war, die zur Einweisung geführt hat, müssen weitreichendere komplexere Zusammenhänge bestanden haben. In der Tat ergaben die Nachforschungen, daß es so war. Die Untersuchung war nicht detailliert genug, um den Schwierigkeiten, die in den Familien bestanden haben, auf den Grund zu gehen. Immerhin wurde aber deutlich, daß viele Patienten in einem Feld ständiger emotionaler Spannung lebten, wie es für Familien mit einem psychotischen Mitglied eben typisch ist (MEYERS u.a. 1959; FERREIRA u.a. 1965; CHRISTENSEN 1974; WHITAKER u.a. 1975; COTTMAN u.a. 1976; ANDERSON 1977; LAMB u.a. 1977; STÜTTGEN 1978; LIDZ u.a. 1979; BLUMENTHAL u.a. 1982; HARRIS u.a. 1982). Bei allen diesen Überlegungen muß ferner berücksichtigt werden, daß eine psychotische Erkrankung nicht automatisch aggressives Verhalten nach sich ziehen muß, sondern daß dafür auch eine Rolle spielt, wie gut ein psychotischer Patient von seiner sozialen Umwelt integriert werden kann (BOSCH 1971; LAMB u.a. 1971; TALBOTT 1974; STUMME 1975). Man muß ferner berücksichtigen, daß unsere Patienten zum Teil eine erhebliche Einschränkung ihrer sozialen Kompetenz aufwiesen. Dies bedeu-

tet, daß unabhängig von der Frage, zu wieviel Konfliktstoff sie selbst beigetragen haben, ihre Fähigkeit, damit auch fertig zu werden, gegenüber dem Normalfall deutlich reduziert war. In diesem Zusammenhang ist es unerheblich, ob es sich dabei um eine primäre, d.h. prämorbide soziale Inkompetenz handelt, oder ob diese erst sekundär im Verlauf der Krankheit eingetreten ist.

Es bleibt zweifellos eine ärztliche Inkorrektheit, wenn einige Patienten in das Krankenhaus eingewiesen wurden, ohne daß innerhalb der letzten 24 Stunden eine ärztliche Untersuchung durch den einweisenden Arzt stattgefunden hat. Jedoch wird der Grund klar. Die Ärzte, die die Familienverhältnisse und den Zustand des Patienten meist über Jahre hin verfolgt hatten, wußten das Ansinnen der Angehörigen zu deuten, nämlich, daß es zu Hause eine solche Zuspitzung der Ereignisse gegeben hat, daß eine zeitweilige stationäre Unterbringung des Patienten notwendig war, um die Situation zu beruhigen.

Die Funktionen des psychiatrischen Krankenhauses im Bewußtsein der "Benutzer" mögen in einer gewissen Hinsicht mit der klassischen Rolle des Krankenhauses im allgemeinen Sinne kollidieren.

Im Hinblick auf das psychiatrische Krankenhaus entspricht es aber einer historischen Funktion. Im Gegenteil, man kann sagen, daß das psychiatrische Krankenhaus erst mit der Entwicklung der Psychopharmaka und mit der Entdeckung der Bedeutung sozialpsychiatrischer Maßnahmen eine Wandlung erfahren hat, die es in größere Nähe zum Krankenhaus der üblichen Art gebracht hat (KOESTER 1969; WEINSTEIN 1973; KEDWARD u.a. 1974; HAISCH 1975; KUNZE u.a. 1975; WANIEK 1977). So stand vom Mittelalter bis zum Anfang

des 19. Jahrhunderts bei der Unterbringung psychisch Kranker "überall an erster Stelle das Prinzip der Sicherheit" (JETTER 1971; siehe hierzu auch DÖRNER 1969 und KASTNER 1977). Seit Beginn des 19. Jahrhunderts wurde systematisch an verschiedenen Therapiekonzepten gearbeitet, was unter anderem zum Bau bzw. Umbau vieler Landeskrankenhäuser führte (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 1975).

Die historische Aufgabe dieser großen Landeskrankenhäuser war es, sozial auffällige, untragbar erscheinende psychisch Kranke aus einer Situation, die weder sie noch die Umgebung bewältigen konnten, herauszunehmen und ihnen einen Ort zu geben, an dem sie mehr oder weniger unbehelligt leben konnten. Die Aufgabe des Krankenhauses, Menschen zu behandeln, d.h.sie in den Stand zu setzen, möglichst selbständig mit ihren Problemen wieder umgehen zu können, mußte erst entdeckt und entwickelt werden.

Wir möchten aber meinen, daß es bei der Doppelfunktion des psychiatrischen Krankenhauses bleiben kann und bleiben soll.

Es gehört zu dem Phänomen psychischer Erkrankungen, daß sie nicht allein isoliert das Individuum in seinen Lebensfähigkeiten beschränken, sondern daß die Lebensumwelt des Patienten immer mehr oder weniger betroffen ist.

In unserem Zusammenhang ist es dabei gleichgültig, ob wir annehmen, daß die sozialen Verhältnisse mit zur Entwicklung einer schweren psychischen Erkrankung beitragen können oder ob die sozialen Schwierigkeiten Folge der Erkrankung sind. Tatsache ist, daß sie existieren und für alle Beteiligten oft Probleme darstellen, die sie ohne fremde Hilfe nicht mehr bewältigen können.

Es erscheint uns daher folgerichtig, daß das therapeutische Konzept eines psychiatrischen Krankenhauses auch auf diese Problematik hin orientiert ist. Es sollte in der Lage sein, neben der individuellen Behandlung des Patienten auch in seine soziale Umwelt so hineinzuwirken, daß es alle Betroffenen befähigt, mit sozialem Konfliktstoff besser umzugehen.

ANHANG

Die Kasuistiken der 21 Patienten

Bei den zahlreichen Interviews sind dem Untersucher einige Besonderheiten aufgefallen, die für die Bewertung der Aussagen von Bedeutung sein können.

Die Aussagen der Patienten selbst oder der mit ihnen in Kontakt Stehenden beschäftigten sich in der Hauptsache mit dem Aufzählen und Begründungsversuchen für deren Versagen.

Positive Verhaltensweisen und Erfolge werden,wenn überhaupt, beiläufig erwähnt und als nicht "zum Thema gehörig" betrachtet.

So erscheinen die beschriebenen Patienten im allgemeinen als Menschen, die von Kindheit an mit Mißerfolgen und sich steigernden sozialen Schwierigkeiten zu kämpfen hatten.

Alle "am Fall Beteiligten" erschienen bemüht, ihre Rolle günstig darzustellen. Dies führte häufig zu gegensätzlichen Informationen, deren Realitätsgehalt nicht immer sicher zu beurteilen war.

Die "Fallgeschichte" wird von vielen Personen so dargestellt, als hätte sie den Zweck, die Rechtmäßigkeit der Einweisung zu begründen.

H. LINDINGER (1975) meint dazu, daß kasuistische Beispiele zeigen, "daß sehr häufig die Angaben einer psychiatrischen Außenanamnese unverläßlich, unrichtig, unwahr sind, keineswegs ein zutreffendes oder objektives Bild des Geschehens geben, sondern vielmehr unbewußt - tendenziöse Fehlhaltungen der Umgebung des Patienten dokumentieren".

Diese "Fehlhaltungen der Umwelt des Patienten" zeigen seiner Ansicht nach folgende "doppelte Tendenz":

1. Der Krankheitszustand des Patienten soll unverändert erhalten werden als "Alibi-Funktion für eigene Schwierigkeiten".
2. In einer "Atmosphäre der Unklarheit" ist eine Orientierung für den Außenstehenden so schwierig, daß er eher bereit ist, "konventionelle Konjekturen, Vorurteile, Illusionen und Unwahrheiten ... als Ersatz für wahrhafte Information anzunehmen".

LINDINGER betont jedoch, daß trotz der Bedenken an der Richtigkeit der außenanamnestischen Angaben "sehr wohl Krankheitssymptome objektiv bestehen,und zwischen der objektiven Tatsache der Krankheit des einzelnen und den sie fördernden Fehleinstellungen seiner Umgebung eine dialektische Wechselbeziehung besteht."

Nun sollten in dieser Arbeit gerade die subjektiven Faktoren untersucht werden, die zur Einweisung von Patienten ins psychiatrsiche Krankenhaus führen. Es geht nicht darum, in jedem Fall herauszufinden, was objektiv geschehen ist. Dies kann in dieser "Atmosphäre der Unklarheit" sowieso nur begrenzt geleistet werden. Die folgenden 21 Kasuistiken können deshalb nur versuchen, ein ungefähres Bild davon zu geben, was sich im Vorfeld der jetzigen Einweisung abgespielt haben mag. Auf sich widersprechende Angaben der Interviewten wird genauso hingewiesen wie auf die Interviewten selbst.

Dabei werden die Patienten selbst und die einweisenden und aufnehmenden Ärzte nicht erwähnt, da sie in jedem Fall befragt wurden.

Patient E 1

Interviewt wurden: Frau A.;
Ein Sohn;
Sachbearbeiter im Arbeitsamt

Herr A.ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 44 Jahre alt. Er hat eine Schwester, die ein Jahr jünger ist als er. Sein Vater, von Beruf Bergmann, lebt heute in Düsseldorf; die Mutter, die Hausfrau war, ist 1973 verstorben. Als Herr A. 15 Jahre alt ist, verläßt der Vater die Familie und zieht zu einer anderen Frau in eine andere Stadt. Dies trübt das bis dahin gute Verhältnis zwischen Vater und Sohn.

Die Volksschule hat er 1947 nach 8 Jahren abgeschlossen, 1948 eine Lehre als Schlosser begonnen und 3 Jahre später als Geselle beendet.

Einige Jahre später wechselte Herr A. wegen der besseren Verdienstmöglichkeit und der kürzeren Fahrzeit die Arbeitsstelle. Hier blieb er bis 1967. Er hatte die Funktion eines Vorarbeiters und arbeitete im Schichtdienst. Im Betrieb des Herrn A. wurde unter anderem mit Trichloräthylen gearbeitet. Des öfteren sei es seinen Kollegen und ihm schlecht geworden, da die Sicherheitsvorkehrungen im Betrieb nicht ausreichten. Bei einer Betriebsprüfung 1967 durch das Gewerbeaufsichtsamt habe er dies auch moniert. Die Überprüfung ergab auch, daß die Vorschriften nicht eingehalten wurden. Kurz darauf ist Herrn A. vom Betriebsleiter gekündigt worden. Auf der Arbeitsstelle, die ihm ansonsten sehr gefiel - als Vorarbeiter war er für alles da, wenn im Betrieb irgendetwas nicht lief, hat man ihn sogar nachts von zu Hause geholt -, hat Herr A. sich einen Leberschaden zugezogen. Eine Arbeitsstelle, die er danach nach eigener Suche gefunden hatte, ist ihm wegen der notwendig gewordenen Leberbehandlung gekündigt worden.

1969 wurde Herr A. ausgesteuert. Bis 1975 bekam er wegen der Trichloräthylenvergiftung eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit. Eine Umschulung zum Bürokaufmann scheiterte, weil es für ihn zu schwer war, "als alter Mann anzufangen wie ein kleines Kind".

Während Herr A. monatlich ca. DM 600,-- Arbeitslosenunterstützung bekommt, arbeitet seine Frau nun gelegentlich als Kellnerin und verdient ca. DM 200,-- monatlich. Trotz regelmäßiger Vorstellung beim Arbeitsamt, hat Herr A. keine neue Arbeitsstelle bekommen.

Seitdem Herr A. arbeitslos ist, hat sich sein Verhältnis zu seiner Frau und seinen Kindern geändert. Während seine Frau das Geld verdient und den Haushalt macht, beaufsichtigt er die Kinder. ("Sie muß arbeiten, da bin ich nicht für. Die Leute sprechen mich an, das ist das Schlimmste für mich. Wenn ich auf das Arbeitsamt gehe, sagt man mir, Sie brauchen nicht zu kommen, Sie kriegen Bescheid. Für Kranke haben wir keine Arbeit. Das belastet, wenn man das unter die Nase gerieben kriegt, und das tun alle ... Mir kommt es so vor, daß ich nur zu Hause sitzenbleiben soll und auf die Kinder aufpasse.")

Im Haushalt wohnen 4 Kinder, 3 Jungen im Alter von 10, 12 und 16 Jahren und ein Mädchen, das 13 Jahre alt ist. Da Frau A nicht noch ein weiteres Kind wollte, hat sie es abgelehnt, mit ihrem Mann zu schlafen. Auch nach einer Totaloperation ist dies einige Zeit so geblieben. ("In der letzten Zeit ist das besser, da geh ich sogar zu ihm hin, wenn ich Lust habe.")

Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit steigert sich auch der Alkoholkonsum des Herrn A. Er versucht, sein Trinken vor der Frau und den Kindern zu verbergen. Da dies nicht gelingt, kommt es in der Familie häufig

zum Krach. Herr A. zieht sich in der Folge immer mehr zurück. Er bleibt selbst dem gemeinsamen Essen fern. Nachts schläft Herr A. kaum, sondern steht am Fenster und schaut nach draußen.

Am Samstagabend vor der Einweisung des Patienten arbeitete Frau A. wieder als Kellnerin. Sie wurde von einem ihrer Söhne aus dem Lokal geholt. Dieser hatte den Vater am Waschbecken gefunden, wo er sich seinen rechten Arm verband. Das Becken war voller Blut. Der Sohn - und auch Frau A. - meinten, Herr A. habe sich das Leben nehmen wollen. Der herbeigerufene Notarzt empfiehlt, am Montag den Hausarzt aufzusuchen, was das Ehepaar A. auch tut.

Der Arzt, der die Familie schon lange versorgt, sagt nach einem Gespräch mit den beiden, daß er sich informieren werde, was zu tun sei. Am nächsten Tag teilt er der Familie - für diese sehr überraschend - die Zwangseinweisung ins Landeskrankenhaus mit. Der Arzt erinnert sich an einen 1966b verübten Selbstmordversuch des Herrn A. und erachtet deshalb eine Zwangseinweisung für notwendig. Herr A. bestreitet, jemals einen Selbstmordversuch verübt zu haben. Nach seinen Angaben habe er damals zwei Schlaftabletten und vier Flaschen Bier zu sich genommen. Seine Frau, die ihn fand, habe den Notarztwagen geholt, und im Krankenhaus sei ihm der Magen ausgepumpt worden. Diesmal habe er mit einer Rasierklinge die Sensibilität des Armes testen wollen und die Schnitte nicht bemerkt. Er würde sich - auch wenn er manchmal mit dem Gedanken spiele - alleine wegen der Kinder schon nicht das Leben nehmen.

Die Einweisung erfolgte gegen den Willen von Herrn und Frau A.

Eine auf der Station vorgeschlagene Psychotherapie lehnt Herr A. ab, weil er, wie er sagt, nur Arbeit brauche. Herr A. bleibt auf der Station, weil das Psych KG und die häusliche Situation zu klären sind. Suizid-Tendenzen sind nicht erkennbar.

Patient E 2

Interviewt wurden: Adoptivmutter
Adoptivvater

Herr B. ist 18 Jahre alt. Im Alter von 8 Monaten wurde er adoptiert. Seine leibliche Mutter ist die Schwester seines Adoptivvaters. Der Aufenthalt des leiblichen Vaters ist unbekannt. Die Adoptiveltern haben 2 eigene Kinder, eine Tochter, 20 Jahre alt, gelernte Krankenschwester, die jetzt verheiratet ist, ein Kind hat und momentan den eigenen Haushalt führt, und einen Sohn, 10 Jahre alt, der im elterlichen Haus zusammen mit Herrn B. wohnt und die Hauptschule besucht. Daß er ein Adoptivkind ist, erfuhr Herr B. im Alter von 12 Jahren "auf der Straße".

Mit 5 Jahren wurde Herr B. aus dem Kindergarten gewiesen "wegen Diebstahl und Trotz". 1965 wurde er in die Volksschule eingeschult, die er bis 1968 besuchte. Anschließend wurde er, gegen den Willen der Adoptiveltern, für 3 Jahre in ein Heim eingewiesen. Grund waren weitere Diebstähle und der Brand einer Scheune, in der der Junge alleine rauchte. Da Herr B. anschließend auf der Hauptschule nicht mitkam, wurde er in eine Sonderschule eingeschult, die er mit 15 Jahren verließ. Auf der ersten Arbeitsstelle wurde er während der Probezeit entlassen, da er nur "Streiche im Kopf" hatte. Auf seiner nächsten Stelle hat Herr B. 3 Jahre lang im Schichtbetrieb gearbeitet, manchmal bis zu 16 Stunden in Folge. 1977 wurde er wegen Arbeitsplatzreduzierung entlassen. Zur gleichen Zeit löste seine Freundin die Beziehung zu ihm.

Herr B. versuchte, sich das Leben zu nehmen. Nachdem er sich betrunken hatte, nahm er Schlaftabletten. Nachbarn fanden ihn - durch sein Schreien: "Ich mach mich kaputt!" aufmerksam gemacht - und er wurde mit einer Tablettenintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert.

Kurz darauf nahm Herr B. eine neue Arbeitsstelle als Packer in einer Ziegelei an. Auch mit seiner Freundin verstand er sich wieder, bis das Verhältnis einige Tage vor dem zweiten Selbstmordversuch erneut von ihr gelöst wurde. Zwei Tage vor dem zweiten Selbstmordversuch erfuhr Herr B., daß eine Verwandte zu seiner Adoptivmutter gesagt hatte: "Den B. hätte ich nie adoptiert." Betrunken habe er abends die betreffende Verwandte zur Rede gestellt.

Am Abend vor dem Selbstmordversuch fuhr Herr B. mit seinem Adoptivbruder mit dem Mofa einen Kasten Bier für den Adoptivvater kaufen. Er hatte Alkohol getrunken und fiel der Polizei auf, die ihn mit auf die Wache nahm. Von dort aus rief er seine Adoptivmutter an: "Ich muß schon wieder Geld bezahlen. Ich mach mich kaputt!" (Herr B. hat durch einige selbstverschuldete Verkehrsunfälle mit Alkohol im Blut noch über DM 1.000,-- zu bezahlen. Da die Familie finanziell in Nöten ist, bedeutet diese Summe eine zusätzliche große Belastung. So fährt auch der Adoptivvater nachts Taxi, obwohl er schwer krank ist und diese Tätigkeit nicht ausüben dürfte.) Nachdem Herr B. die Wache verlassen konnte, traf er einige Kameraden, mit denen er bis in die Nacht trank. Zu Hause angekommen, ging er in den Keller, wo er Tabletten einnahm, um sich das Leben zu nehmen. Der Adoptivvater sah ihn am nächsten Morgen, nur mit der Unterhose bekleidet, durch den Garten torkeln. Herr B. wurde in dasselbe Krankenhaus wie bei seinem ersten Selbstmordversuch eingewiesen. Der dortige Arzt erinnerte sich an Herrn B. Herr B. wollte keinen Grund für den Selbstmordversuch nennen, sagte aber, daß er es evtl. wieder tun würde.

Daraufhin überwies der Arzt den Patienten zwangsweise ins Landeskrankenhaus

1. wegen einer diagnostischen Abklärung ("ob nicht eine Psychose dahintersteckt")
2. wegen der Selbstgefährdung des Patienten.

Zwei Tage nach seiner Einweisung wurde Herr B. nach einem Gespräch mit ihm, den Adoptiveltern und der behandelnden Ärztin entlassen.

Patient E 3

Interviewt wurde: der behandelnde Bundeswehr-Arzt

Der 23jährige Herr C. ist das zweitälteste von 7 Kindern - 5 Brüdern und einer Schwester. Der Jüngste ist 16 Jahre alt, geht zur Schule und wohnt bei den Eltern. Die anderen Geschwister sind berufstätig und wohnen außerhalb des elterlichen Hauses. Der Vater ist von Beruf Baggerführer, die Mutter Hausfrau. Nach der Volksschule hat Herr C. eine Lehre als Kfz.-Mechaniker abgeschlossen. Anschließend arbeitete er als Fahrer, bis er 1972 zur Bundeswehr eingezogen wurde. Innerhalb des ersten Monats hat er sich für 8 Jahre verpflichtet und hat zur Zeit den Dienstgrad eines Feldwebels. 1976 heiratete Herr C. seine jetzige Frau, die er von Kind an kannte. Er hat zwei Töchter, eine 2 Jahre, die andere 9 Monate alt. Im Alter von 16 Jahren hat Herr B. ein Magengeschwür gehabt. Bis "vor einiger Zeit" hat er "schwer getrunken".

Herr C. schildert das Verhältnis zu seiner Frau, den Eltern und den Geschwistern als gut. Mit seinen eigenen Kindern versteht er sich "wie man sich eben mit kleinen Kindern versteht". Der Krach, den seine beiden Töchter verursachen, macht ihn fertig.

Vor drei Monaten klagte Herr C. über Schmerzen im Bauchraum, Erbrechen, über Schweißausbrüche am ganzen Körper und Lungenstiche beim Sport. Eine Röntgenaufnahme des Magens war ohne Befund. Nachdem er Tabletten "gegen Verdauungsstörungen" genommen hatte, fühlte er sich für zwei Monate wieder in Ordnung. Dann tauchten die Magenbeschwerden und das Erbrechen erneut auf. Zusätzlich klagte Herr C. über Herzklopfen. Wenn er mit jemandem sprach, der ihm etwas zu sagen hatte, "tobte" sein Herz und "der Schweiß floß in Strömen". Dies geschah im Umgang mit seiner Frau und den Kollegen. Herr C. suchte den Stabsarzt auf, der eine Überweisung zu einem Aachener

Nervenarzt veranlaßte. Dieser stellte fest, daß "bei Herrn C. nervlich alles in Ordnung ist". Daraufhin überwies ihn der Stabsarzt in die psychiatrische Abteilung der Universitätskliniken Aachen, die zu demselben Ergebnis kam.

Nun wurde mit seiner Zustimmung die Überweisung nach Düren veranlaßt. Dort schilderte Herr C., daß er seit einiger Zeit Stimmen höre und zwei Puppen sehe. Am ersten Tag konnte er diese nicht identifizieren, am zweiten Tag hatten sie die Gestalt der Eltern angenommen, die ihn auf diesem Weg über seine Fehler informieren und umfunktionieren wollten. Später kamen noch andere Gestalten und Figürchen dazu, z.B. kleine Neger, Chinesen usw., die ihn sogar bis in die Kaserne verfolgten. Er war der "Spielball" dieser Gestalten. Während der Schilderung betonte Herr C., daß er wisse, daß die Gestalten real nicht existierten.

Vier Tage nach der Einweisung wurde Herr C. nach Hause entlassen.

Patient E 4

Interviewt wurden: Frau D.
Behandelnder Hausarzt

Herr D. ist 46 Jahre alt. Er hat drei Brüder, von denen der älteste im Alter von 48 Jahren verstorben ist. Die beiden anderen sind 44 und 42 Jahre alt. Sein Vater war von Beruf Heizer, die Mutter Hausfrau. In seiner Kindheit lebte Herr D. in beengten Wohnverhältnissen, die Familie war arm. Herr D. ist als Kind "auf den Kopf gefallen" und leidet seit dieser Zeit an "migräneartigen Kopfschmerzen". 1938 wurde Herr D. in die Volksschule eingechult, die er bald wegen einer "Schwäche im Rechnen verlassen mußte. Es schlossen sich 6 Jahre Hilfsschule an. Wegen der Bombenangriffe wurde der 12jährige 1943 alleine evakuiert und kam zu einer Bauernfamilie aufs Land. Mit 14 Jahren trat Herr D. ins Arbeitsleben ein. Seine Tätigkeiten waren Flaschenspülen etc. Meistens arbeitet er "auf dem Bau". Seit 12 Jahren ist er bei der Stadt angestellt und arbeitet im Tiefbau. Er verdient ca. DM 1.200,-- bis 1.300,-- netto im Monat. Herr D. ist verheiratet. Er liebt seine Frau nicht und läßt sich nur deshalb nicht scheiden, um das Erarbeitete beim "Teilen" nicht zu verlieren. Mit seiner Frau, die durch gelegentliches Putzen monatlich ca. DM 150,-- hinzuverdient, kann Herr D. sich nicht unterhalten. Deshalb sucht er Kontakte außerhalb des Hauses, im Gegensatz zu seiner Frau, die lieber zu Hause bleibt.

Herr D. ist seit 15 Jahren Mitglied in einem Kleingärtnerverein. Im Sommer 1977 baute der Verein ein neues Clubhaus. Der Bau war eine Eigenarbeit der Vereinsmitglieder. Herr D., als einziger "Fachmann", hatte entscheidenden Anteil am Zustandekommen. Während des Baus kam es zu Unstimmigkeiten zwischen ihm und den anderen Vereinsmitgliedern.

Die Belastung für Herrn D. wuchs noch dadurch an, daß er gleichzeitig noch den eigenen und die Gärten anderer Freunde versorgte. Diese Arbeiten erledigte Herr D. während seiner letzten Urlaubstage und anschließend nach Feierabend. Während dieser Zeit trank er viel Alkohol und nahm "Tabletten". Spätabends sei er mit seinem Akkordeon - Akkordeonspielen ist Herrn D.'s Hobby - durch die Gaststätten gezogen und habe dort gespielt. Am 1. November wurde er nach einem "Kreislaufkollaps" während der Arbeit krankgeschrieben. Der praktische Arzt, der ihn behandelte, meinte, daß die Tabletten und der Alkohol zuviel gewesen seien. Die Vereinsmitglieder empfahlen Frau D., ihren Mann zum Psychiater zu schicken, da ihnen das Verhalten ihres Vereinskameraden - speziell "das ewige Akkordeonspielen" - "komisch" vorkam. Auch zu Hause kam es des öfteren zum Streit zwischen dem Ehepaar D. Frau D. suchte am 28.11. nach Rücksprache mit ihrem Hausarzt einen Nervenarzt auf und schilderte ihm die Situation. Am folgenden Tag ging das Ehepaar D. gemeinsam zum Nervenarzt, der ihn nach der Überweisung durch den Hausarzt am 30. November ins Landeskrankenhaus Düren einwies. Das Ehepaar D. wußte nicht, daß diese Einweisung folgen sollte. Es war gegen eine stationäre Behandlung.

Nach einem Wochenendurlaub brachte Herr D. von zu Hause sein Akkordeon mit, das er auf der Station des öfteren spielte.

Nach 40 Tagen stationärer Behandlung wurde er entlassen.

Patient E 5

Interviewt wurden: Vater E.;
eine Schwester;
die Nichte;
die für die Familie zuständige Sozialarbeiterin

Herr E. ist 23 Jahre alt. Seine Mutter, "eine Alkoholikerin", starb 1972. Der Vater, 57 Jahre alt, ist wegen schweren Rheumas Frührentner und ans Bett gefesselt. Eine 25jährige Schwester ist verheiratet, hat zwei Kinder und lebt in Holland. Eine zweite Schwester ist 24 Jahre alt, ledig, lebt im väterlichen Haus und ist Arbeiterin. Ebenso im Haus wohnt ein 26jähriger Bruder, ledig, Arbeiter. Die Enkelin des Vaters, deren Mutter bald nach deren Geburt starb und deren Vater in Holland lebt, geht zur Hauptschule und ist 15 Jahre alt. Sie wird von einer Fürsorgerin betreut, die auch wegen Herrn E. mit der Familie befaßt ist. Seit seiner Kindheit leidet Herr E. an "Anfällen" und wird seit Jahren mit Mylepsinum und Tegretal behandelt. Die gleichen Anfälle hat auch die jetzt 24jährige Schwester bis zu ihrem 6. Lebensjahr gehabt. Herr E. wurde mit 7 Jahren eingeschult und besuchte für ein halbes Jahr die Sonderschule. Er kann seinen Namen schreiben. Für kurze Zeit arbeitete er später in einer Werkstatt. Ansonsten verrichtete er in dem Dorf, in dem er lebt, Handlangerdienste und kleinere Arbeiten, so z.B. beim Bauern, beim Metzger, Kohlen holen etc. Dafür bekam er "ein paar Mark oder Zigaretten" in die Hand gedrückt.

Ca. 1975 besuchte er eine Behindertenwerkstätte, wo er trotz einer starken Sehbehinderung - Herr E. bekommt DM 120,-- "Blindengeld" monatlich - Erkennungsmarken für die Bundeswehr herstellte. Nach 3 Monaten ging er nicht mehr in diese Werkstatt. Wegen seiner Sehbehinderung und seines Anfallsleidens kann Herr E. keine weitere Ausbildungsstelle bekommen.

"So jedes Jahr" erlitt Herr E. einen Anfall, ab und zu "auf der Straße". Zu Hause krampfte er für 3 - 4 Minuten, danach schlief er 24 Stunden und "alles war vorbei". Von der Straße brachte man ihn in ein Krankenhaus, von wo man ihn nach einer Behandlung am nächsten Tag entließ. Bis zum Tode der Mutter war Herr E. deren "Sorgenkind". "Sie tat für ihren Sohn alles". Aggressionen wurden bei Herrn E. nicht beobachtet. Dies änderte sich nach dem Tode der Mutter. Der Vater ist der Ansicht, daß es durch Hänseleien und Provokationen der Geschwister nun des öfteren zu Streitigkeiten kam und Herr E. sich mit "Streichen" dafür "räche". Aggressiv war Herr E. manchmal auch, wenn er etwas nicht bekam: Als er einmal keine Zigaretten bekam, warf er die Kippen auf den Boden, als er einmal "seine Musik" nicht hören durfte, warf er das Radio ins Wasser, als ihn eine Schwester einmal ärgerte, schüttete er ihr einen Eimer Wasser über den Kopf.

Einige Wochen vor der Einweisung des Herrn E. ins Landeskrankenhaus Düren suchte seine 15jährige Nichte die Fürsorgerin auf und berichtete über Aggressionen und Tätlichkeiten des Herrn E. ihr gegenüber. Da die Fürsorgerin seit langem Angst vor einem Sittlichkeitsverbrechen im Hause E. hatte und Herrn E. "schon immer von der Familie weg haben" wollte, hat sie den Hausarzt angerufen und über diesen die Einweisung veranlaßt. Der Vater, der seiner Frau auf dem Totenbett versprochen hatte, den Sohn nie wegzugeben, hatte sich immer gegen eine vorgeschlagene Entmündigung oder die Einweisung in ein Heim gewehrt. Kürzlich hat er einer Pflegschaft für den Sohn zugestimmt. Zudem braucht er den Sohn, da er selbst aufgrund seiner Krankheit nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen. Dies erledigt Herr E. für ihn, da die Geschwister tagsüber auf der Arbeitsstelle sind und seine Nichte die Schule besucht. Der einweisende Arzt behandelt die Familie - "die sind alle bekloppt" - seit

über 10 Jahren. Herr E. kam alle 4-5 Wochen, um für den Vater und für sich die Medikamente zu holen, da der Vater alleine nicht zurechtkommt. Da er "die Zustände im Hause E." kannte und um die "Gefährlichkeit" seines Patienten wußte, hat der Arzt nach dem Anruf der Fürsorgerin der Einweisung sofort zugestimmt und sie veranlaßt, ohne Herrn E. gesehen zu haben. Die Feuerwehr, die Herrn E. zu Hause abholte, sagte der Familie, daß sie den Patienten "nur zu einer Untersuchung fahre".

Zwei Tage nach seiner Einweisung erfuhr die Familie durch den Interviewer seinen Aufenthaltsort. Die Dauer der stationären Behandlung betrug 8 Tage.

Patient W 1

Interviewt wurden: Frau F.;
Vater F.;
Mutter F.

Herr F. ist 25 Jahre alt. Sein Vater, 56 Jahre alt, arbeitet als Hausmeister, die 49jährige Mutter ist Hausfrau. Die 12jährige Schwester des Herrn F. lebt bei den Eltern. Von 1959 bis 1967 besuchte Herr F. die Volksschule, die er als "mittelmäßiger Schüler" abschloß. Sein Verhältnis zu den Lehrern und Mitschülern war gut. Bis 1973 folgte eine Lehre als Maschinenschlosser, die Herr F. als Geselle beendete. Den Beruf des Maschinenschlossers erlernte Herr F. mehr auf Wunsch des Vaters als auf seinen eigenen hin. Der Sohn arbeitete auch im selben Betrieb wie der Vater, der diesem seit 33 Jahren angehört. Bis 1973 wohnte Herr F. bei seinen Eltern. Von da an wohnte er mit seiner jetzigen Frau zusammen, die er 1975 heiratete. Im Mai 1977 wurde eine Tochter geboren. Herr F. arbeitete teils im Schichtdienst, teils war er auf Montage, und zwar in Afrika und "nahezu in ganz Europa". Im Mai 1976 befand sich Herr F. "auf Montage" in Ungarn. Von dort aus rief er seine Familie an und berichtete, daß er nicht ausreisen dürfe. Die Familie nahm Kontakt zu einem befreundeten Mitarbeiter ihres Sohnes in Ungarn auf, der diesen ohne Schwierigkeiten nach Österreich brachte. Da Herr F. von dort an Angst hatte, weiter mit seinem Kollegen zu fahren, holten ihn sein Vater und seine Frau mit einem Mietwagen ab.

Während der Fahrt fühlte sich Herr F. verfolgt. An der österreichisch-deutschen Grenze wollte er sich der Polizei stellen, "weil die ihn ja sowieso kriegen würde". Diese Angst, "verfolgt zu sein", hielt auch nach der Grenzüberschreitung an und zwang die Familie zu einer "Fahrt auf Schleichwegen".

Nachdem Herr F. in der häuslichen Umgebung für einige Zeit von dieser Angst befreit war, kam sie erneut, sogar gesteigert.

Bemerkte er z.B. einen Afrikaner in seiner Umgebung, so war dieser für ihn ein Verfolger aus Afrika. Um keine Fingerabdrücke zu hinterlassen, faßte Herr F. nichts an, oder wenn, dann "nur mit gekrallter Hand". Da Herr F. diese "Verfolgt-sein-Angst" auch der Familie, Fremden und Bekannten gegenüber hatte, wuchsen die Spannungen in diesen Bereichen mehr und mehr.

Als Herr F. in dieser Situation seiner Familie androhte, sich das Leben zu nehmen, ging sein Vater mit ihm zu einem Nervenarzt, der über das Ordnungsamt eine Einweisung in das Landeskrankenhaus Düren veranlaßte.

Die Therapie in der Dürener Tagesklinik hat Herrn F. "viel Spaß gemacht". Kontakte, die er vorher gemieden hatte, nahm er erneut auf. 14 Tage nach seiner Entlassung begann Herr F. erneut zu arbeiten. Seine Firma schickte ihn zu Montagearbeiten nach Süddeutschland. Nach einer Woche kam er nach Hause, da er "die Trennung von der Familie nicht aushielt".

Da sich sein Verhalten mehr und mehr dem vor seiner ersten Einweisung näherte und er schriftlich seinen Selbstmord ankündigte, wurde er gedrängt, erneut ins Landeskrankenhaus zu gehen. Herr F. lehnte dies ab, sein Vater informierte das Ordnungsamt, deren Vertreter Herrn F. auch zu Hause aufsuchten. Herr F. erklärte sich nun bereit, freiwillig eine Therapie zu beginnen. Zusammen mit seinem Vater suchte er den bekannten Nervenarzt auf, der die erste Einweisung veranlaßt hatte, und schlug diesem eine ambulante Therapie vor. Der Arzt befürwortete dies.
Am nächsten Tag besuchte Herr F. erneut den Arzt und bat um eine Überweisung in die Dürener Tagesklinik.

Bis zu seiner Übernahme auf diese Station wurde Herr F. in der Männeraufnahmestation behandelt. Sein Vater - der Ende der Woche mit seiner Frau in Urlaub fuhr - und Frau F. begleiteten ihn zur Aufnahme.

Seine Behandlung im Landeskrankenhaus dauerte 180 Tage.

Patient W 2

Interwiewt wurde: Frau G.

Der 33jährige Herr G. wird als drittes Kind und letztes - "ungewolltes", so die Mutter - Kind der Eheleute G. geboren. Die Mutter stammt aus einer alteingesessenen Familie aus P., die traditionell im Goldschmiedehandwerk tätig ist, der Vater war Kaufmann. Der ältere Bruder ist verheiratet und lebt mit seiner Frau und Kind zusammen. Die ältere Schwester ist ledig und wohnt ebenfalls außerhalb des elterlichen Hauses. Sie ist von Beruf Lehrerin.

Frau G. fühlte sich von ihrem Mann von Beginn der Ehe an betrogen, da dieser ihr verschwiegen hatte, daß er Alkoholiker war. Von einer Scheidung sah sie erst nach Rücksprache mit ihrem Pfarrer ab - sie ist streng römisch-katholisch. Da ihr Mann in der Nachkriegszeit im Raume P. keine Arbeit fand, zog die Familie nach Düren. In der ersten Zeit lebte die Familie in einem Gasthof. Der junge G. wurde oft von seinem Vater, wenn dieser betrunken aus der Wirtschaft nach oben in das Zimmer kam, aus dem Bett gezogen und verprügelt. Seine beiden älteren Geschwister waren meist davon verschont.

Er wurde deshalb auf Betreiben der Mutter in ein Internat gebracht. Nach 3 Jahren davon heruntergeholt, machte er in Düren seinen Volksschulabschluß. Darauf schloß er eine dreieinhalbjährige Goldschmiedelehre als Geselle ab. Nach zweijähriger Tätigkeit im Lehrbetrieb wechselte Herr G. in einen Goldschmiedebetrieb nach Köln. Dies geschah hauptsächlich auf Betreiben des Vaters, der wollte, daß sein Sohn selbständig würde.

Herr G., "der schon immer ein Einzelgänger war", lebte in Köln isoliert und ohne Kontakte. Dies galt selbst für seine Arbeitsstelle, wo er zusammen mit einem Türken, der kein Deutsch sprach, und mit einem Taubstummen zusammen arbeitete.

Im März 1971 kündigte Herr G. seine Arbeitsstelle. Er zog sich nun ganz in sein Zimmer zurück. Im April starb der Vater an den Folgen eines Sturzes im alkoholisierten Zustand.

Herr G. hatte zu seinem Vater ein besseres Verhältnis als zu seiner Mutter. Ihn schockierte die Nachricht von seinem Tode, die ihm der Bruder überbrachte, so, daß er nicht zur Beerdigung ging (bis auf den heutigen Tag hat er das Grab nicht aufgesucht).

Im November kam Herr G. "abgebrannt" zurück nach Düren und bezog das ehemalige Zimmer des Vaters. Er richtete sich das Zimmer "spartanisch" ein, brachte z.B. das Bettgestell in den Keller und legte die Matratze auf den Boden. Hier schlief er den ganzen Tag. Nachts setzte er sich an den Küchentisch, schrieb Stöße von Papier voll, die er anschließend in den Papierkorb warf. Er begann, sich mit Tonbandgeräten zu beschäftigen. Dies hatte er seinem Bruder "abgeguckt", der beim Rundfunk arbeitet. Sein Ziel war es, "sich selbst anzuhören". Da ihn dies verwirrte, zerstörte er die gekauften Geräte. Überall in der Wohnung spürte Herr G. Strahlen, die ihn so ängstigten, daß er unter den Tisch kroch und dort Schutz suchte.

Die Mutter befürchtete Konflikte mit den Nachbarn, da ihr Sohn in seiner Angst laut schrie und Gegenstände zertrümmerte. Zudem hörte Herr G. nachts sehr laut Musik. Aggressivität über die oben erwähnten Zerstörungen hinaus zeigte Herr G. nicht.

Im Juli 1972 wurde Herr G. das erste Mal ins Landeskrankenhaus Düren zwangseingewiesen. Grund war sein oben geschildertes Verhalten. Als Beamte auf Veranlassung des Ordnungsamtes Herrn G. zu Hause abholten, setzte er sich zur Wehr.

Sein Aufenthalt im Landeskrankenhaus dauerte bis Ende Mai 1973. Entlassen wurde Herr G. mit der Diagnose "Schizophrenie".

Herr G. besuchte einige Zeit die "Lebenshilfe", eine soziale Einrichtung des Behindertenbereichs, wo er Tüten klebte und Hundekuchen mit Preisschildern auszeichnete, bevor er einen erneuten Arbeitsversuch als Goldschmied startete. Nach 2 Monaten wurde er entlassen, da er beim Einfassen wertvolle Steine zerbrochen hatte. Seit dieser Zeit arbeitete Herr G. nicht mehr. Er bezieht eine Rente von ca. DM 1.000,-- monatlich.

Anfang Juli bis Mitte Dezember 1974 wurde Herr G. erneut im Landeskrankenhaus behandelt. Die Gründe der Einweisung waren ähnlich wie bei der ersten.

Der dritte Aufenthalt im Dürener Landeskrankenhaus begann für Herrn G. am 26.9.1977. Die Mutter hatte der Herrn G. seit 1972 behandelnden Nervenärztin geschildert, daß ihr Sohn "alles kaputt geschlagen" habe (Bett, Tonbandgerät, Plattenspieler) und gleichzeitig Neubestellungen getätigt habe.
Daraufhin hat sie die Einweisung beantragt und einen Entmündigungsantrag vorgeschlagen. Als Herr G. anschließend kam, "um sich die Spritze (ein Depot-Neuroleptikum) abzuholen" - regelmäßig wie immer -, teilte sie ihm die angeordnete Einweisung mit.

Herr G. bestritt auf Befragen nicht, Geräte zerstört zu haben. Allerdings blieb der Zeitpunkt unklar, da er sich nicht dazu äußern wollte. Herr G., der sich nach dem Gespräch die Spritze nicht geben ließ, ging nach Hause, wo er von der Polizei abgeholt und ins Landeskrankenhaus gebracht wurde. Widerstand leistete er nicht. Am 30.11. wurde er nach Hause entlassen.

Bei einer Besichtigung seines Zimmers, das die Mutter nach eigenen Angaben seit der Einweisung ihres Sohnes nicht betreten hatte, zeigte sich, daß keine Spuren von Zerstörungen zu erkennen waren, sondern daß der Raum penibel aufgeräumt war. Dieser Widerspruch konnte nicht aufgeklärt werden.
Nach 60 Tagen stationärer Behandlung wurde Herr G. nach Hause entlassen.

Patient W 3

Interviewt wurden: Mutter H.;
Stiefvater H.;
eine Stiefschwester;
Werksdirektor und Abteilungsleiter;
ein Kollege

Herr H. ist 27 Jahre alt. Er lebt zusammen mit seinem Stiefvater, einem Autoschlosser, und seiner Mutter. Er hat zwei Stiefschwestern, die beide jünger sind als er. Eine Stiefschwester lebt außerhalb des elterlichen Hauses, die andere ist verheiratet und lebt im gleichen Haus in einer abgeschlossenen Wohnung.

Der leibliche Vater verließ die Familie, als der junge H. 2 Jahre alt war. Die Mutter heiratete den Stiefvater, als ihr Sohn 5 Jahre alt war. Herr H. zog sich als Kind von 5 Monaten eine Meningitis zu. Der Mutter wurde vom behandelnden Arzt gesagt, daß dauernde Schäden bleiben würden. 1961/1962 wurde Herr H. eingeschult und besuchte 6 Jahre lang die Schule. Er wurde mehrmals zurückgesetzt und "stieg nur wegen seines Alters". Mit seiner Einschulung wurde er zum "Bettnässer" und blieb es bis zum 17. Lebensjahr. Er war der "Prügelknabe" seiner Klasse, bis er zwei Freunde hatte. Während er vorher auch der "Sündenbock" für alles war und bei Streichen zurückgelassen "an allem Schuld war", wurde er mit seinen zwei Freunden "der Schrecken des Dorfes". Mit Ende der Schulzeit verlor Herr H. seine beiden Freunde.

Nach der Schulzeit - ohne Abschluß - begann Herr H. eine Lehre als Polsterer und Dekorateur, die er nach 2 Jahren abbrach, weil er "den Abschluß nicht geschafft hätte". Es schlossen sich verschiedene Arbeitsstellen an, die er entweder selbst kündigte oder auf denen ihm gekündigt worden ist. Ursache für die Kündigungen waren sowohl seine mangelnde Arbeitsleistung - Herr H. trat mit 14 Jahren ins Arbeitsleben ein und war "zu verspielt", um hier bestehen zu können - und kleinere Diebstähle, die er sowohl am Arbeitsplatz als auch in der häuslichen Umgebung

tätigte. Meist handelte es sich um kleinere Geldbeträge oder Fahrzeuge, die er zu "Spritztouren" benutzte. Deswegen durchsuchte die Polizei oft die Wohnung der Eltern, die darunter sehr litten. Auch lief er des öfteren "von zu Hause weg" und blieb gleichzeitig der Arbeitsstelle fern, was zur Kündigung führte.

1966 wurde Herr H. vom Jugendgericht des Diebstahls für schuldig befunden. Die Entscheidung über die Verhängung einer Jugendstrafe wurde für eine zweijährige Bewährungszeit ausgesetzt.
1968 folgt eine Verurteilung zu 2 Freizeitarresten wegen Diebstahls.
Im April 1969 wurde Herr H. wegen Autodiebstahls und Fahrens ohne Führerschein als Untersuchungshäftling ins Gefängnis Köln-Ossendorf eingewiesen.

Zur psychiatrischen Begutachtung wurde er Ende Juli 1969 ins Landeskrankenhaus Düren eingewiesen.
Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, daß es "sich bei dem Untersuchten um eine noch unausgereifte, zum Teil ausgesprochen retardierte Persönlichkeit mit charakteropathischen Abartigkeiten" handele, daß "die Voraussetzungen des § 105 JGG als erfüllt angesehen werden können", daß "auf neurologischem Gebiet ein Zustand nach frühkindlicher Hirnschädigung besteht" und sich hieraus "möglicherweise spez. Abweichungen im psychischen Bereich ergeben, die jedoch von den unter Punkt 1 genannten nicht sicher abgrenzbar sind", und schließlich, daß "die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 StGB gutachtlich nicht mit der erforderlichen Sicherheit ausgeschlossen werden können".

Herr H. wurde zu eineinhalb bis dreieinhalb Jahren Jugendgefängnis verurteilt. Während seiner Haftzeit versuchte er, sich das Leben zu nehmen, indem er sich die Pulsadern durchschnitt. Dies war der zweite Selbstmordversuch. Vor seiner Einweisung 1969 ins Landeskrankenhaus nahm er Schlaftabletten. Eine seiner Stiefschwestern fand ihn "mit Schaum vor dem Mund". Herr H. erbrach seinen Mageninhalt, so daß kein Arzt hinzugezogen wurde.

Nach seiner Entlassung aus dem Strafvollzug zog Herr H. 1973 nach Köln in eine eigene Wohnung und arbeitete als Hilfsarbeiter in einem Betrieb, wo sein Schwager Versandleiter und Schichtführer war. Bei einem Leitungswechsel in der Firma wurde diesem gekündigt. Herr H. kündigte auch und kehrte nach zweijähriger Arbeitsdauer zu seinen Eltern zurück.

Er fand eine Arbeitsstelle im Wohnort und wohnt seitdem in beengten Verhältnissen mit seinen Eltern zusammen.

Im Juli 1977 verlobte er sich, gegen den Willen der Eltern, mit einer Frau, die im gleichen Haus lebt. Seine Verlobte unterstützte er finanziell mit über DM 5.000,--. Ende August wurde die Verlobung gelöst, "weil die Frau fremd ging". An diesem Tag versuchte Herr H. erneut, sich das Leben zu nehmen. In einem Wald schluckte er Schlaftabletten und wurde nach 2 Tagen wach. Aus einem Krankenhaus, in das ihn ein Arzt überwies, wurde er nach eineinhalb Tagen auf eigene Verantwortung entlassen. Kurz darauf folgte ein weiterer Selbstmordversuch, weil Herr H. sich den finanziellen Belastungen durch seine Schulden aus der Verlobungszeit nicht gewachsen sah.

Am 27.9.1977 war im Heimatort des Herrn H. Kirmes. Da er in der Spätschicht arbeitete, besuchte er vor der Arbeitszeit den Kirmesplatz und trank 6 - 8 Bier. Anschließend auf der Arbeitsstelle trank er mit Kollegen 1 - 2 Schnäpse. Kurz nach Aufnahme der Arbeit zerstörte er seinen Arbeitsplatz, schlug Scheiben ein, zertrümmerte das Waschbecken. Als eine Lore ihn unter sich begrub, halfen ihm Kollegen aus dieser Lage. Gegen diese ging Herr H. nicht vor, erst gegen den Werkschutz, "der ihm an den Kragen wollte". Schließlich wurde er in die Pförtnerloge gebracht, wohin auch der Direktor des Werkes und sein Abteilungsleiter kamen. Herr H. forderte die beiden auf, nicht über ihn zu lachen. Dann schlug er dem Direktor ein blaues Auge. Mit Polizeiverstärkung wurde er ins Krankenhaus gebracht, wo ein Blutalkoholgehalt von 0,3 o/oo festgestellt wurde.

Von Bergheim wurde Herr H. noch am gleichen Tag in die psychiatrische Abteilung der Universitäts-Kliniken Köln eingewiesen, da er sehr erregt war. Gegen die Aufnahme wehrte er sich und schlug einem Arzt "das Nasenbein ein". Daraufhin wurde er ins Landeskrankenhaus Düren überwiesen. Er weigerte sich, den Krankenwagen zu verlassen, "weil ein Betrunkener in die Ausnüchterungszelle und nicht in die Irrenanstalt gehöre". Nach einem Gespräch mit dem Aufnahmearzt folgte er den Pflegern auf die Station.

Nach 3 Tagen wurde Herr H. mit der Diagnose eines pathologischen Rausches entlassen.

Zwischenzeitlich hat er seine Arbeitsstelle verloren, obwohl er nach Angaben der Werksleitung "ein sehr guter Arbeiter an diesem dreckigen und miesen Platz war und guten Kontakt zu den Kollegen hatte".

Patient W 4

Interviewt wurden: Mutter I.;
seine Zwillingsschwester;
deren Ehemann;
der Vormund des Herrn I.

Herr I. ist 44 Jahre alt. Er wuchs bei seiner Familie in Zwickau in der DDR auf. Der Vater war von Beruf Kaufmann und starb 1946 in Kriegsgefangenschaft - Herr I. hat nur eine schwache Erinnerung an den Vater -, die Mutter ist Hausfrau und 83 Jahre alt. Herr I. hat eine Zwillingsschwester, die verheiratet ist, zwei Kinder hat und mit ihrer Familie in einem anderen Ort als Bruder und Mutter lebt. Die Mutter, die das Geschäft des Vaters weitergeführt hatte, wurde nach dem Krieg "enteignet" und kam für einige Zeit als "Volksschädling" in Haft.

Nach 4 Jahren Volksschule wechselte Herr I. auf das Gymnasium, das er 1951 mit dem Abitur abschloß. Ein Jahr arbeitete er als Maurer und studierte anschließend in Weimar Architektur. 1957 schloß er sein Studium als Dipl. Ing. ab und arbeitete bis Ende des Jahres als Ingenieur. "Aus politischen Gründen" floh Herr I. 1957 nach Westberlin. Hier wurde sein Studium nicht anerkannt, so daß er verschiedene Arbeiten außerhalb seines erlernten Berufes annahm und einen erneuten Studienabschluß versuchte. 1960 reiste die Schwester in die Bundesrepublik und blieb in Aachen. Herr I. zog nach Köln und wollte auch die Mutter zu sich holen. Diese folgte 1962 ihren Kindern nach Westdeutschland, zog aber zu der Tochter.

Herr I., seit 1962 ohne Arbeit, hatte auf dem Arbeitsamt eine tätliche Auseinandersetzung mit dem für ihn zuständigen Beamten. Er warf diesem vor, sich nicht ehrlich um einen adäquaten Arbeitsplatz für ihn zu bemühen. Zur selben Zeit fühlte er sich verfolgt, litt unter Schlaflosigkeit und wurde unter der Diagnose "Schizophrenie" erstmalig in eine psychiatrische Anstalt überwiesen. Gleichzeitig wurde er entmündigt.

Nach seiner Entlassung zog er zu Mutter und Schwester in die Wohnung. Die Schwester heiratete 1964 im Alter von 31 Jahren. Herr I. war gegen diese Heirat, weil er den zukünftigen Schwager nicht mochte und zudem vor seiner Schwester heiraten wollte. "Um auf der Hochzeit Ärger zu vermeiden", veranlaßte die Mutter nach eigenen Angaben die zweite Einweisung ins Landeskrankenhaus.

1966, nach seiner Entlassung, zog Herr I. zu seiner Mutter. Er fand eine Stelle als Angestellter in einem Architektenbüro.
Er stellte einen Antrag auf Wiederbemündigung. Da nur die Mutter zum Gerichtstermin erschien, suchten der Richter, der Arzt und die Mutter Herrn I. auf seiner Arbeitsstelle auf und nahmen ihn mit zum Verfahren. Die Entmündigung blieb bestehen. Herrn I. wurde die Arbeitsstelle gekündigt.

1968 wurde Herr I. erneut eingewiesen. Ein Umzug in eine neue Wohnung stand für Mutter und Sohn an. Die Mutter ließ, wie sie sagte, den Sohn "beim Einräumen" in die neue Wohnung "wegschaffen", weil er einen Teppich ins Zimmer legen wollte, den sie nicht mochte und "ungezogen wurde".

1972 erfolgte die vierte Einweisung des Herrn I. ins Landeskrankenhaus. Die Mutter veranlaßte diese, weil ihr Sohn sie "ins Altersheim schicken wollte".

Ende September 1977 wird die fünfte Einweisung des Herrn I. veranlaßt. Die Mutter suchte den Vormund des Herrn I. auf und berichtete ihm, daß ihr Sohn sie geschlagen und Nägel in die Wand gehauen habe. Der Vormund versuchte Herrn I. in seiner Wohnung zu erreichen, traf ihn jedoch nicht an. Daraufhin fuhr er zum einweisenden Arzt, der seinen Patienten nur einmal vorher gesehen und dabei den Eindruck gewonnen hatte, daß es sich bei Herrn I. um einen Schizophrenen handelt, und erreichte die zwangsweise Einweisung. (In einem Gespräch schildert der Vormund, daß er und seine Kollegin ca. 100 Entmündigte zu

versorgen haben. 1971 waren es noch 10. Durch bürokratische Anordnungen werde die Arbeit noch mehr erschwert. So bedürften z.B. Dienstfahrten außerhalb des Stadtbezirks der persönlichen Zustimmung des Oberstadtdirektors. Durch diese Überlastung wüßten beide nicht, was "unter der Decke passiert". Doch auch wenn sie sich intensiv bemühten, sei es praktisch unmöglich, für Entmündigte Wohnung und Arbeit zu finden. Wenn es zum Vertragsabschluß kommt, müssen sie als Vormund unterschreiben. Dabei fällt den Vermietern oder Arbeitgebern auf, daß ihre Vertragspartner "geisteskrank" sind und "sie machen einen Rückzieher".)

Bei einem Besuch im Haus I. war gerade der Anstreicher da und beriet Frau I. wegen einer Wohnungsrenovierung. Sie berichtete, daß sie ihren Sohn hat einweisen lassen, "weil er zwei verrückte Bilder gemalt und mit Nägeln an der Wand befestigt hat". Zudem hatte er die Wohnung gereinigt und behauptet, sie könne nicht richtig saubermachen". Von Tätlichkeiten des Sohnes ihr gegenüber berichtet sie auch auf Nachfrage nichts.

Nach eineinhalb Wochen wird Herr I. aus dem Landeskrankenhaus nach Hause entlassen.

Patient W 5

Interviewt wurden: Frau K.;
ein Sohn

Herr K. ist 40 Jahre alt. Schon in frühester Kindheit wurde er von Vater und Mutter getrennt, so daß er über seine Eltern nichts weiß. Auch der Verbleib seines Bruders, seiner Schwester und seiner Halbschwester ist ihm unbekannt. Nach der Volksschulzeit begann Herr K. in einem kleineren Betrieb als Arbeiter. 1957 heiratete er. Das Ehepaar K. hat 2 Söhne, die jetzt 19 und 20 Jahre alt sind. Mit den Jahren eignete er sich durch Eigenstudium das Wissen eines ausgebildeten Elektrikers an. Dies sollte im Betrieb durch eine dementsprechende Position honoriert werden. Im Juli 1974 hatte Herr K. einen Verkehrsunfall. Er fuhr mit dem Fahrrad und stürzte über eine Wagentür, die die Fahrerin geöffnet hatte. Ein Schädelbasisbruch, eine Gehirnquetschung und ein Hirnschalenriß wurden diagnostiziert. Nach dem Unfall war er 10 Tage lang bewußtlos. Einige Tage später wurde er auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen. Zwei Monate lang war Herr K. "geistig abgetreten", danach wurde er auf die neurologische Station eines Knapschaftskrankenhauses überwiesen. Grund war die medikamentöse Einstellung von Anfällen, die Herr K. bekam. Nach 3 Wochen wurde er entlassen. 1975 schloß sich eine ca. sechswöchige Kur an, danach eine Rehabilitationsmaßnahme in der Rehabilitationsabteilung der Universitätskliniken Köln, diese besonders deshalb, weil Herr K. seit seinem Unfall Lähmungen im linken Arm und im linken Bein hatte. Er brach selber die Behandlung ab. Im August 1975 begann er wieder auf seiner alten Arbeitsstelle. Nach 2 Tagen wurde ihm gekündigt, "weil die Arbeit für seinen gesundheitlichen Zustand zu gefährlich war". Von Januar bis zum März 1977 wurde Herr K. im Alexianerkrankenhaus in Aachen behandelt.

Nach den Schilderungen der Familie wurde Herr K. gegen seine Angehörigen zunehmend aggressiver und drohte, die Frau, die den Unfall verursacht hatte, umzubringen. Diese Aggression kam anfallsartig. Herr K. wußte selbst nichts davon.
Im August 1977 gingen Herr und Frau K. zum ambulant behandelnden Nervenarzt. Frau K. erkundigte sich, ob für ihren Mann nicht eine andere medikamentöse Behandlung# oder ein weiterer stationärer Aufenthalt möglich sei. Die Spannungen zu Hause seien weiter angewachsen.

Einen Monat später besuchte das Ehepaar den Nervenarzt erneut,und Frau K. drängte nun energisch auf eine Einweisung.

Sie schilderte, daß sich die Aggressivität ihres Mannes ins Unerträgliche gesteigert habe: Er trage ein Messer in der Tasche, um die Frau, die seinen Zustand zu verantworten habe, umzubringen, werfe zu Hause Teller an die Wand, sei auf seinen Sohn mit dem Stuhl losgegangen, brülle herum, so daß die Familie vor Angst nachts nicht schlafe. Herr K. gab an, von diesen Ereignissen nichts zu wissen.

Nach diesem Gespräch wurde Herr K. ins Landeskrankenhaus Düren überwiesen. Während seines Aufenthaltes wurde kein Anfall beobachtet, so daß er nach ca. 6 Wochen entlassen wurde.

Patient W 6

Interviewt wurden: Heimleiter;
verschiedene Heiminsassen

Herr L. ist 52 Jahre alt. Seinen Vater kennt er nicht. Das gute Verhkältnis zu seiner Mutter verschlechterte sich, als diese seinen Stiefvater heiratete. 1931 bis 1936 besuchte er die Volksschule, anschließend für 3 Jahre die Mittelschule mit gutem Erfolg. Eine sich anschließende Lehre schloß er 1942 als technischer Zeichner ab. Bis Ende des Krieges arbeitete er in einem Rüstungsbetrieb. 1948 - 1961 arbeitete Herr L. als Binnenschiffer und erwarb das Steuermannspatent. 1958 heiratete er; 1960 reichte er die Scheidung ein. Seine Frau, die zwei Kinder mit in die Ehe brachte, erwartete von einem anderen Mann ein Kind, während er beruflich im Ausland war. 1962 bis 1965 lebte Herr L. mit einer Frau zusammen, ohne zu heiraten. Sie trennten sich, als die Frau einen anderen Mann heiratete. Das Verhältnis zueinander blieb nach wie vor gut. 1970 bis 1975 arbeitete Herr L. als technischer Zeichner in Lyon. Seine dortige Arbeitsstelle kündigte er, als im November 1975 seine Mutter starb. Er fuhr zu ihrer Beerdigung nach Frankfurt.

Seit seiner Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland lebte er in verschiedenen Heimen und hat auch nur kurze Zeit als Hilfsarbeiter gearbeitet.

Sein Magen - Zustand nach Billroth I - machte ihm so sehr zu schaffen, daß er im Februar 1976 "endgültig mit dem Arbeiten aufhörte". Nicht zuletzt wegen der jahrelangen Magenbeschwerden hat Herr L. seit ca. 10 Jahren keinen Alkohol mehr getrunken, obwohl er vorher "täglich einen Kasten Bier und eine Flasche Schnaps" trank. Er befürchtete damals, süchtig zu werden, doch ein schwerer Unfall zwang ihn für ein Jahr in ein Krankenhaus, was für ihn "wie eine Entziehungskur" war.

1969 war er "im Zusammenhang mit dem Unfall" auch in der psychiatrischen Abteilung eines Hamburger Krankenhauses. An die näheren Umstände kann Herr L. sich nicht mehr erinnern.

Seit Anfang 1977 lebte Herr L. in einem "Heim für Nichtsesshafte", einer "Arbeitskolonie", die abgeschieden mitten in der Eifel liegt. Schon vom ersten Tag an bestanden Konflikte zwischen Herrn L. und den übrigen Heimbewohnern. Herr L. hatte Schwierigkeiten, sich in dem Leben in der Arbeitskolonie zurechtzufinden. Mitte bis Ende August wurde er wegen eines Anastomosenulcus im zuständigen Kreiskrankenhaus konservativ behandelt und mit abgeheiltem Ulcus - gastroskopisch gesichert - in sein Heim entlassen. Die Schwierigkeiten für Herrn L., die vor allem darin bestanden, daß seine Mitbewohner meinten, er fühle sich als etwas besonderes, blieben bestehen.

Am Abend des 5. Oktober kam es zu einer Auseinandersetzung zwischen Herrn L. und einem anderen Heiminsassen. Dieser versuchte, Herrn L. zu einer Tätlichkeit zu provozieren, um den "Brüdern" - das Heim wird von Ordensbrüdern geführt - eine Gelegenheit zu geben, den Mitbewohner "quitt zu werden". Er sagte zu Herrn L., dieser solle sich "eine Fahrkarte nach Düren (gemeint ist das LKH Düren) kaufen". Darauf versuchte Herr L., seinem Kontrahenten eine Ohrfeige zu geben. Dies war der Anlaß, den einweisenden Arzt zu holen. Dieser glaubte nicht, daß Herr L. ein "Fall für die Psychiatrie" sei. Er hielt Herrn L. mehr für einen "Michael Kohlhaas". Da die "Brüder im Heim jedoch zu wenig sind, um mit Ärger fertig zu werden", habe er ihn ins Landeskrankenhaus Düren eingewiesen.

Nach ca. 3 Wochen wurde er von hier in ein anderes Altersheim überwiesen.

Patient W 7

Interviewt wurde: Frau M.

Herr M. ist 58 Jahre alt. Seine Mutter verstarb 1945 an Asthma, der Vater 1959 bei einem Verkehrsunfall. Herr M. hat einen Bruder. Nach dem Besuch der Volksschule, die er "mit durchschnittlichem Erfolg" abschloß, arbeitete Herr M. kurze Zeit als Milchfahrer, bevor er durch die Vermittlung seines Vaters eine Arbeit auf einer Kohlenzeche annahm. Mit der Arbeit unzufrieden, meldete er sich freiwillig zur Polizei, wurde jedoch in die Waffen-SS eingezogen. Nach einer Ausbildung in Graz und Ellwangen wurde Herr M. 1941 der "Totenkopf-Division" zugeteilt und zum Einsatz nach Rußland gebracht. Über weitere Einsätze in Frankreich, wieder Rußland, wurde Herr M. 1944 in Warschau durch Splitter verletzt und erlebte das Kriegsende im Lazarett. Zu den ehemaligen Mitkämpfern der Waffen-SS hat er auch heute guten Kontakt und besuchte noch vor kurzem ein "Treffen der alten Kameraden".

Für kurze Zeit arbeitete Herr M. als Hausmeister bei einem Arzt. Er lernte seine Frau kennen, die dort ebenfalls berufstätig war. Nach seiner Kündigung war er für ein halbes Jahr arbeitslos; er fand anschließend eine Stelle als Fahrer im Baugewerbe, wo er bis 1959 tätig war. 1952 heiratete er. Die Ehe blieb im gegenseitigen Einvernehmen kinderlos.

Am 1.1.1959 wurde Herr M. krankgeschrieben. Wegen Schmerzen in beiden Beinen konnte er seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er wurde von einem Orthopäden behandelt, der ihm intraarticulär in beide Knie "Spritzen" setzte. 2 - 3 Tage später änderte sich sein Verhalten. Herr M. litt unter andauernder Schlaflosigkeit, wurde sehr nervös, "sprach durcheinander, verschenkte seine Hühner, vernichtete alles "Rote" im Haus, so die roten Pantoffeln seiner Frau, rote Zahnbürsten, rote Schlafanzüge usw. Nach einem Friedhofsbesuch, wo ihm die Sonne bedeutete,

daß die Welt untergehe und das neue 3. Reich komme, lief er durch nahegelegene Wälder und Felder, alles segnend und wurde von der Polizei gefunden, als er Wagen auf der Landstraße anhielt, die er ebenfalls segnete. Die Polizei brachte ihn ins Landeskrankenhaus Düren. Der Vater, der ihn dort besuchte, verunglückte auf der Heimfahrt mit dem Auto tödlich. Er fuhr auf der Landstraße mit dem Wagen gegen einen Baum.

In der Zeit von März bis Dezember 1959 wurde Herr M. in Düren mit Elektroschock- und Psychopharmakatherapie behandelt. Nach probeweiser Entlassung wurde er erneut ins Landeskrankenhaus eingewiesen, da er zu Hause wiederum die Verhaltensweisen annahm, die schon zur ersten Einweisung geführt hatten. Endgültig entlassen wurde er mit der Diagnose einer "atypischen Manie".

Während seines Klinikaufenthaltes begann Frau M. eine Arbeit in einer Wäscherei bis zu ihrer Kündigung im Jahre 1974. Nach seiner Entlassung lebte Herr M. zu Hause. Er wurde ausgesteuert und 1961 berentet. Seinen ehemaligen Drang zu Aktivitäten gab er auf und lebte abgeschieden mit seiner Frau.

Im Oktober 1977 wurde Herr M. ins Kreiskrankenhaus in L. überwiesen. Hier einige Auszüge aus dem abschließenden Arztbrief:

"Es handelt sich bei dem Pat., der seit 7 J. an einem Diabetes mellitus und seit 15 J. an einer Hypertonie leidet, jetzt um eine cerebrale Krise, Status nach früher durchgemachten Insult.

Der zunächst gehabte Verdacht auf apoplekt. Insult hat sich nicht bestätigt. Die klin. Durchuntersuchung ergab dann weiterhin den Befund eines Myocardschadens mit Zeichen coronarer Durchblutungsstörung.
Bei der Aufnahme war der Pat. ausgesprochen nervös, unruhig, es zeigte sich ein gewisser Redezwang.

Von seiten des ZNS waren Ausfälle nicht zu beobachten, cardiopulmonal ausreichende Kompensationsverhältnisse RR 240/120 mmHg.
Das EKG zeigte einen Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 66/min. bei angedeutetem Linkstyp. Zeichen der Erregungsrückbildungsstörung überwiegend rechtspräcordial, Myocardschaden, Coronarinsuffizienz.

Die cerebralen Durchblutungsstörungen konnten eindeutig gebessert werden, der Pat. zeigte dann allerdings ein ausgesprochenes unruhiges und z.T. auch aggressives Verhalten.
Die diabetische Stoffwechsellage wurde von uns auf 3 x 1 Euglucon-5/die. neueingestellt, dabei ist eine ausreichende Kompensation erzielt.
Eine weitere stationäre Behandlung ist im Augenblick nicht möglich, da der Pat. ein ausgesprochen aggressives Verhalten sowohl dem Personal als auch den Mitpatienten gegenüber zeigt."

Nach 5 Tagen wurde Herr M. entlassen. Zu Hause fühlte sich seine Frau durch ihren Mann bedroht. Sie suchte die Hausärztin auf, die auf Drängen von Frau M. die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus veranlaßte. Vorher nahm sie Rücksprache mit dem behandelnden Krankenhausarzt in L., der die Aggressivität des Patienten bestätigte. Wegen ihrer überfüllten Praxis konnte sich die einweisende Ärztin nicht persönlich vom Zustand des Herrn M. ein Bild machen.

Nach ca. einem Monat wurde Herr M. aus dem Landeskrankenhaus Düren entlassen.

Patient W 8

Interviewt wurden: Vater N.;
Mutter N.;
die Brüder des Herrn N.;
betreuender Arzt des ältesten Bruders;
Personal der Universitätskliniken Aachen;
betreuende Sozialarbeiterin.

Herr N. ist 28 Jahre alt. Sein Vater, 57jährig, ist von Beruf Pförtner, die Mutter, 52jährig, ist Hausfrau. Seine ältere Schwester, 32 Jahre alt, arbeitet nach einer Lehre als Textil-Kaufmann in einem Reisebüro und ist verheiratet, eine jüngere Schwester ist 23 Jahre alt, verheiratet, hat ein Kind und arbeitet als Verkäuferin. Ein älterer Bruder, 30 Jahre alt, ehemaliger Oberschaffner bei der Post, lebt in einem psychiatrischen Krankenhaus, zwei jüngere Brüder, 13 und 15 Jahre alt, gehen zur Schule. Herr N. wuchs in beengten und ärmlichen Verhältnissen auf. Kontakt zu anderen Kindern, außer zu seinen Geschwistern, hatte er nicht. Durch die ältere Schwester fühlte er sich bevormundet. Von den Eltern, besonders vom Vater, wurde er oft geschlagen. Der Vater schildert sich selbst als "fanatisch religiös". Er erzog Herrn N. - wie alle seine Kinder - streng katholisch. Nach seiner Einschulung in die Volksschule änderte sich daran nichts. Vom 4. bis zum 6. Schuljahr saß er auf Geheiß des Lehrers an dessen Tisch, weil seine schulischen Leistungen, besonders die im Rechnen, schlecht waren. Er wurde von diesem oft geschlagen. Mit seinem ersten Freund, den er zu dieser Zeit hatte, machte er aus Eifersucht Schluß, als der eine zweite Freundschaft aufnahm. Nachdem er in der 7. Klasse einen neuen Lehrer bekommen hatte und nicht mehr am "Katzentisch" sitzen mußte, wurden seine schulischen Leistungen gut, und er schloß die Volksschule mit einem guten Zeugnis ab. Auf den Entschluß des Vaters hin begann Herr N. eine Lehre bei der Post, die er nach zweieinhalb Jahren 1965 beendete. Er blieb bis 1970 als Briefträger tätig und kün-

digte, weil er mit dem geringen Maß an Verantwortung, das er zu tragen hatte, unzufrieden war. So war er nach all seinen Berufsjahren noch immer als Springer tätig, und es war ihm kein "festes Revier" zugeteilt worden. Auf Initiative des Vaters wechselte Herr N. zu einer Versicherung. Der Vater arbeitete in diesem Betrieb als Pförtner und vermittelte dem Sohn eine Stellung als Verwaltungsangestellter. Diese Arbeitsstelle erfüllte nicht die Hoffnungen, die Herr N. in sie gesetzt hatte. Statt einer Position, die Selbständigkeit und Verantwortungsbewußtsein von ihm erforderte, bekam er Arbeiten zugewiesen, die seinen Vorstellungen in keiner Weise entsprachen.

Im September 1971 wurde Herr N. erstmalig in die psychiatrische Abteilung einer Klinik eingewiesen. Der Vater führte über den Ablauf folgendes Protokoll:

17.9.71
Ich bemerke, daß P. im Betrieb Schwierigkeiten hat.

18.9.71
Besuch von Tante A. Sie bemerkt, P. sei nicht gut. P. lernt emsig in Büchern aus dem Betrieb, um sich Kenntnisse seiner neuen Arbeit zu erwerben.

19.9.71
St. ist zu Besuch. Er erfordert meine ganze Aufmerksamkeit. P. macht mir Sorgen. Er ist nicht ansprechbar. Hockt dauernd über den Büchern.

20.9.71
P. kommt nicht von der Arbeit heim. Ich wollte auf ihn warten zwecks 2 Unterschriften fürs Militär. Als ich zum Nachtdienst kam, stand er in der Empfangshalle. Er zeigte mir zerrissene Blätter, die er zusammengeklebt hatte. Er sagte: "Ich habe für Herrn S. die Blätter fotokopieren müssen, dann hat er sie zerrissen." Warum? konnte er mir nicht sagen. Ich erkannte, daß P. schwer krank ist.

21.9.71

Kehre früh aus dem Nachtdienst heim, um P. von der Arbeit zurückzuhalten. Vergebens. Als ich zu Herrn S. gehen will, kommt P. mir ganz aufgeregt entgegen und sagt: "Ich habe gekündigt." Rücksprache mit Herrn S., Herrn P und Herrn Sch. Nehme P. mit nach Hause. Spreche mit Frau Dr. Sch., damit P. am 22.9.71 krankgeschrieben wird. P. geht trotzdem zum Dienst. Ich rufe Herrn S. an, um ihm mitzuteilen, daß P. krank ist. Er wird heimgeschickt. P. ist beim Dr. eigenartig und will nicht krankgeschrieben werden. Er grübelt vor sich hin. Wir machen einen Spaziergang von mehreren Stunden. Ich lasse mir von ihm alles erzählen. Ich hole ihn immer aus seiner Grübelei heraus. Bis er wieder ganz klar sieht. Er hat eine ruhige Nacht.

23.9.71

Spaziergang verbunden mit Yoga. P. hat keine Gelegenheit zum Grübeln. Unruhige Nacht. Viele Ähnlichkeiten mit St. Kommt jedoch durch Aussprache mit mir wieder zur Ruhe, läßt sich dann durch Yoga einschläfern.

24.9.71

Gang zum Krankenhaus. P. versucht mehrmals auszubrechen. Nach der Untersuchung geht er zur Stadt zum St. Er sieht die Menschen wie Tote. Auf dem Rückweg Kurzschluß. Im Betrieb: Anruf von der Kriminalpolizei. Einweisung zum AK. P. schläft, wieder unruhige Nacht. P.'s Traumbericht: "Begegnung mit Gott." Ab 3.oo Uhr schläft er ruhig und tief neben mir. Am Morgen vollkommen durcheinander. Im Bad alles voll Wasser, segnet seine Beerdigung.

25.9.71

Unterhaltung über den Urlaub mit Hilfe der Aufnahmen. P. sehr interessiert und wird wieder klar. Frau schimpft mit mir "dies sei zu anstrengend". P. antwortet: "Es ist anstrengend, aber heilsam. Ich bin wieder ganz klar." P. bleibt klar bis zur Nacht, wieder unruhige Nacht. P. beantwortet meine Fragen, wird wieder klar und schläft mit Hilfe von Yoga ein.

26.9.71

Am Morgen wieder nicht klar, wieder Segnung während des sonntäglichen Bades. Kommt durch meine Fragen und Unterhaltung wieder zu sich. Bleibt vernünftig den ganzen Tag. Spaziergang mit Onkel H. Wieder unruhige Nacht. P. sagt: "Ich will aus Buße krank werden wie St." Ich sage ihm: "Das ist wieder Feigheit vor dem Leben." "Es ist keine Buße, die Gott verlangt." P. wird wieder normal. Sieht seinen Irrtum ein und schläft ganz fest bis zum Morgen.

27.9.71

Kommt heute früh durch Zureden wieder schneller zu sich. Spaziergang zur Ärztin im Krankenhaus. Zurückbestellt für Mittwoch. Waldspaziergang. P. sagt: "Ich sah die junge Bäckersfrau als ganz alte Frau in den Wagen einsteigen. Im Wagen jedoch sah ich sie dann wieder richtig." Auf dem Spaziergang glaubte er alles anders zu sehen als sonst. Oft zeigte er mir Gegenstände und fragte mich, ob es wirklich so sei. Ich konnte ihm bestätigen, daß er wieder alles richtig sehe und höre. Am Abend leichte Schwunggymnastik mit Atemübungen. P. wird wieder unruhig in der Nacht. Steht oft auf und kann nicht schlafen - nicht so durcheinander wie sonst nachts. Wird nach Aussprache wieder klar und schläft dann tief ein.

28.9.71

Am Morgen schnell wieder klar. Das Frühstück schmeckt. Waldspaziergang mit M. Gemeinsame Gymnastik im Wald. Während der Unterhaltung ganz klar. P. fragt oft, ob ich diese Bäume auch sehe. Ich sah das gleiche wie er es mir schilderte. Alles war richtig. Ebenfalls erkundigte er sich, ob ich das gleiche höre. Auch dies konnte ich bestätigen. Das Mittagessen schmeckt uns ausgezeichnet. Nach dem Essen ruhen wir uns etwas aus. P. kann nicht schlafen. Ich spüle, er trocknet ab und räumt ordentlich ein. Dann gehen wir wieder mit M. spazieren. Im Wald Lockerungsübungen und Kopf hoch. P. hält zum erstenmal

seinen Kopf etwa 15 Min. hintereinander hoch. Ausgezeichneter Appetit. Wir sind alle müde und gehen noch vor 21.oo Uhr schlafen. Da P. jede Nacht aufsteht, versuche ich, ihn gleich mit ins Elternzimmer zu nehmen, um sein Bett mit dem meiner Frau zu tauschen. Wie immer, so will er auch diesmal nicht. Er sagt: "Ich bin müde und schlafe fest." Aber wie immer ist er schon kurz nach 22.oo Uhr wieder auf der Toilette. Eine halbe Stunde später steht er angezogen vor seiner Zimmertür. Geht runter ins Wohnzimmer und schreibt. Dann klagt er über Magenschmerzen und macht sich eine Haferflockensuppe. Anschließend schläft P. ruhig bis zum Morgen.

29.9.71

Für 10.oo Uhr bei Herrn Dr. B. ins Krankenhaus bestellt. Spaziergang mit Umweg zum Krankenhaus. P. hat Angst vor Hunden. Ist unruhig, weil wir zum Arzt gehen. Im Krankenhaus müssen wir lange warten. Auch das macht ihn unruhig und ängstlich. Um ihn mit der Atmosphäre im Krankenhaus vertraut zu machen, gehe ich mit ihm durch den Flur, so kann er in jeden Raum sehen. Zuletzt kamen wir zum Aufenthaltsraum. Dort war auch ein Fischbassin, Fernsehen, Spiele und Bücher. Er wurde wieder ruhiger. Nach der ärztlichen Untersuchung war er wieder unruhig. Dennoch war er bereit, für 2 Wochen im Krankenhaus zu bleiben. Ich bat den Arzt um Erlaubnis, mit P. eine Stunde spazierenzugehen. Daraus wurden mehrere Stunden. P. wurde wieder ruhig. Er und ich würden am liebsten jeden Tag zusammen spazierengehen. Das wäre für P. die beste Heilmethode, es half vorübergehend.

30.9.71

Besuch bei P. Er ist ziemlich apathisch. Freut sich jedoch sehr, als er mich sieht. Ich bleibe bei ihm sitzen und beruhige ihn. Er möchte gern wieder nach Hause. Er sagte mir, daß er nachts aufgestanden wäre, um nach Hause zu gehen. Im Fernsehen würde er das Bild zweimal sehen,

einmal so und einmal entgegengesetzt. Als ich ihn fragte, welches Bild das richtige sei, sagte er: "Die Mitte ist richtig." Um 10.3o Uhr mußte ich das Krankenhaus verlassen. Ich wollte den Arzt sprechen, aber er hatte keine Zeit für mich.

1.10.71

Am Morgen und am Abend telefoniert mit dem Krankenhaus, um einen Termin zwecks Aussprache mit dem Arzt zu erreichen. Vergebens.

3.10.71

Besuch im Krankenhaus. P. sah nicht gut aus. Er wollte raus. Zu Hause kann ich auch schlafen, sagte er. Allmählich wurde er ruhiger. Wir gingen dann etwa eineinhalb Stunden spazieren. Kuchen, Eis und Schokolade schmeckten ihm gut. Mein Versuch, von ihm zu erfahren, welche Fragen der Arzt gestellt hatte, konnte er nicht beantworten. Er sagte nur: "Die üblichen." Er empfand es nicht für gut, immer die gleichen Fragen gestellt zu bekommen. Besser ist, wenn man endlich die Sache ruhen läßt. P. war sehr schlapp. Wir konnten nur langsam gehen. Dann füllte er den Fragebogen für eine Kur aus. Als ich mich um 5.oo Uhr verabschiedete, hatte ich den Eindruck, daß er wieder besser aussah. Beim Spaziergang sagte er noch, er würde alles anders sehen wie sonst, einmal nah, einmal fern. Wie durch eine rosarote Brille. Das Fernsehen sah ich auch einmal so, einmal anders. Auf meine Frage: "Welches Bild ist richtig?", sagte er: "Die Mitte ist richtig." Einen Termin zwecks Aussprache mit dem Arzt konnte mir die Schwester wieder nicht nennen, als nur den allgemeinen und dann sind so viele da.

Als ich mich von P. verabschiedete, sagte er noch: "Am liebsten würde ich mit nach Hause gehen."

Herr N. selbst erlebte zu dieser Zeit, daß alle Leute ihm Grimassen schnitten und alles nach Tod roch. Die Sonne kam als roter Ball auf ihn zu. Nachdem ihn eine Frau "Geiler Hund" titulierte, weil er auf den Penis ihres Hundes starrte, hörte er überall, wohin er auch ging, Hunde, die ihn anbellten. Bei den folgenden Einweisungen erging es Herrn N. genauso. Während seiner stationären Aufenthalte versuchte Herr N., sich das Leben zu nehmen oder sich selbst zu verstümmeln. Er rannte mit dem Kopf gegen die Wand und brachte sich eine Schädelfissur bei, verbrühte sich die Genitalien mit heißem Tee, drückte brennende Zigaretten auf seinem Körper aus usw. Eine Krankenschwester auf der Station würgte er, um sich nicht selbst etwas antun zu müssen. Einer Sozialarbeiterin, die sich sehr um ihn bemühte, schilderte er, daß er den Wunsch habe, seine Eltern umzubringen. Deshalb habe er Selbstmordgedanken.

1975 mietete Herr N. sich ein eigenes Zimmer. Der Vater versuchte, den Mietvertrag zu annullieren und suchte den Hauswirt auf, um ihn von der Krankheit seines Sohnes zu unterrichten. Der Hauswirt hielt den Vertrag ein.

Herr N. arbeitete in einem Patientenklub mit. Er engagierte sich besonders gerne im "Besucherdienst". Sehr oft besuchte er seinen Bruder St., der seit 10 Jahren in einem psychiatrischen Krankenhaus als Patient ist. Sein Wunsch war, Psychologie zu studieren, um seinem Bruder zu helfen.

Im November 1977 wurde Herr N. von der psychiatrischen Abteilung der Universitätskliniken Aachen ins Landeskrankenhaus Düren überwiesen. Die behandelnde Ärztin veranlaßte dies, weil in ihrem Haus keine Therapiemöglichkeiten mehr bestanden. Herr N. ist medikamentös behandelt worden. Vom Landeskrankenhaus Düren erwartete sie eine Rehabilitationsmaßnahme, was sie Herrn N. auch mitteilte. In Düren forderte Herr N. diese Rehabilitationsmaßnahmen und fühlte sich betrogen, als ihm bedeutet wurde, daß bis dahin noch einige Zeit vergehen werde.

Im Februar 1978 stürzte sich Herr N. von einer Eisenbahnbrücke in Düren in den Tod.

Patient W 9

Interviewt wurden: Mutter O.;
Vater O.;
seine Schwester;
Polizeibeamte

Herr O., 29 Jahre alt, lebt im Haus seiner Eltern. Sein 58jähriger Vater ist Lokomotivführer, seine 54jährige Mutter Hausfrau. Er hat eine 25 Jahre alte Schwester.

Mit 18 Monaten verbrannte sich Herr O. mit einem Topf heißer Milch und kam für 8 Wochen zur Behandlung in eine Kinderklinik - später schlossen sich noch einmal 4 Wochen an. Eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter blieb bestehen. Mit 6 Jahren wurde er in die Volksschule eingeschult, die er nach 8 Jahren verließ. Obwohl er gerne Lokomotivführer wie sein Vater geworden wäre, machte er eine Lehre als Starkstromelektriker und arbeitete nach deren Abschluß bei der Bundesbahn. Auf der Abendschule machte er gleichzeitig die Fachhochschulreife nach. Nach ca. 6 Wochen brach er ein sich anschließendes Ingenieurstudium ab. Da er vorher bei der Bundesbahn gekündigt hatte, nahm er in der Folgezeit verschiedene Stellungen als Elektriker an.

1971 wurde Herr O. wegen Verstoßes gegen das Opiumgesetz zu einer Geldstrafe von DM 500,--, ersatzweise 20 Tagen Haft verurteilt.

"Kurz und intensiv", ca. 2 Jahre lang, hatte er sämtliche Drogenarten probiert und eine Sucht entwickelt. Während seiner Haftzeit wurden Entzugssymptome medikamentös behandelt. Als Herr O. nach Weihnachten 1971 aus der Haft nach Hause entlassen wurde, stellte ein hinzugezogener Arzt eine Gelbsucht bei ihm fest. Wegen des Haschischgeruchs in Herrn O.'s Zimmer verfügte er die Einweisung ins Landeskrankenhaus Düren, wo Herr O. 6 Monate stationär behandelt wurde. Eine anschließende ambulante Behandlung fand nicht statt, abgesehen von einem einmaligen Besuch bei

einer Nervenärztin, die der begleitenden Mutter empfahl, dem Sohn dreimal täglich eine Tablette Haldol ins Essen zu mischen. Als die Mutter dies dem Sohn eines Tages eingestand, weigerte sich dieser, Medikamente zu nehmen. Er aß und trank nichts, was die Mutter nicht vorgekostet hatte und nannte sie oft "Giftmischerin". 1974 eröffnete das Landeskrankenhaus Düren seine Tagesklinik. Herr O. meldete sich nach einem Rundschreiben freiwillig zur Gruppentherapie, an der er für ca. 4 Monate teilnahm. Die Diagnose lautete: "depressive Neurose".

Die Schwester des Herrn O. verließ die häusliche Gemeinschaft aus Angst vor dem Bruder. Es kam des öfteren zu physischen und psychischen Auseinandersetzungen zwischen den beiden. Seitdem besucht sie die Eltern nur noch alle 14 Tage.

Im Juni 1976 wurde Herr O. erneut ins Landeskrankenhaus zwangseingewiesen. Anlaß waren der Besuch eines Arztes im Hause O., der einen "psychotischen Zustand bei bekanntem Drogenmißbrauch" diagnostizierte und von Herrn O. "unmotiviert bedroht wurde". Die stationäre Therapie dauerte einen Monat.

Mitte Oktober 1977 fuhr der Vater des Herrn O. zu einer Kur, so daß dieser allein mit seiner Mutter lebte. Die Mutter berichtete:
"Als mein Mann in Kur ging, ist das Zusammenleben mit meinem Sohne eine Zeitlang gutgegangen. Dann habe ich ihn wegen eines Lebertests angesprochen. Da ist er durchgedreht, weil er nicht zum Arzt wollte. Es wurde immer schlimmer. Er hat gebrüllt und nächtelang nicht geschlafen. Die Stereo-Anlage hat er auf volle Lautstärke gedreht, die Leiter zum Speicher rauf und runter geknallt, als ob da jemand wäre. Er hat mich geschlagen. Gestern hat er wie irrsinnig gelacht. Sonst ist er eher böse. Es hat keinen Grund zum Lachen gegeben.

Ich habe nachts das Zimmer meiner Tochter, das vor meinem ist, abgeschlossen. Er hat sich den Schlüssel unter einem Vorwand ergattert. So habe ich mein Schlafzimmer abgeschlossen. Nachts (in der Nacht zum 14. November) ist er dann gekommen und hat gegen die Tür gebollert. Ich habe Angst gehabt. Als mein Sohn begann, mit dem Hammer die Tür aufzubrechen, habe ich aus dem Fenster die Nachbarn um Hilfe gerufen und mit einem weißen Bettbezug aus dem Fenster gewunken.
Aber niemand ist gekommen. Als er den Rahmen ausgebrochen hatte und die Tür auf war, hat er mich getreten und geschlagen. Irgendwie - ich weiß nicht, wie - ist es mir gelungen, aus dem Haus zu kommen. Da ich kein Geld bei mir hatte, habe ich bei Nachbarn geklingelt und die Polizei verständigt."

In dem Einsatzbericht der Polizei heißt es:

"Betr.: Einweisung des O. in das Landeskrankenhaus Düren. Am 14.11.1977 gegen 3.04 Uhr, verständigte die Mutter des O. die Wache über Notruf, daß ihr Sohn, der schon seit einigen Jahren geistig verwirrt sei, heute völlig durchgedreht sei. Am Einsatzort erwartete uns Frau O. vor der Türe und erklärte uns, sie habe furchtbare Angst, wieder ins Haus zu gehen, da ihr Sohn, dessen Krankheit sich seit einigen Tagen verschlimmert habe, vermutlich heute völlig durchgedreht habe. Er habe schon seit zwei Tagen nicht mehr geschlafen, geistere Tag und Nacht durchs Haus, glaube sich verfolgt und schließe sich bei jeder Gelegenheit ein. Da sie keinerlei Kontrolle mehr über ihn habe, schließe sie sich aus Angst nachts im Schlafzimmer ein. Heute sei er aber mit Gewalt ins Schlafzimmer eingedrungen, indem er den Türrahmen eingedrückt habe. Dann habe er sie geschlagen und getreten. Im Hause trafen wir O. auf dem obersten Treppenabsatz an. Er überreichte uns zwei Bogen Papier mit den Worten, er habe über alles nachgedacht. Auf dem Papier hatte er verschiedene religiöse Motive und Gottheiten aufgezeichnet. Er sprach verwirrt und ohne jeden Zusammenhang. Auf die Frage, warum er die Türe aufgebrochen habe, gab er zur Antwort, er habe immer

die gleiche Musik gehört. Gefragt, welche Musik er gehört habe, gab er zur Antwort, die Mutter habe immer wieder gerufen: "Völlig nackt, völlig nackt." Darum sei er ins Zimmer eingedrungen. Auf die Frage, warum er die Mutter geschlagen habe, gab er wiederholt keine Antwort. Da nach unserer Ansicht eine akute Gefahr für die Gesundheit der Mutter und für das Wohl des Kranken bestand, wurde Dr. med. S. gebeten, Herrn O. zu untersuchen. Dr. S. sah eine sofortige Einweisung in eine geschlossene Abteilung des LKH für erforderlich an. Mit dem Krankenwagen der Feuerwehr wurde er ins LKH gebracht. Eine freiwillige Aufnahme lehnte er ab."

Der hinzugezogene Arzt diagnostizierte eine "akute paranoide Psychose mit Verwirrungszustand" und veranlaßte die Einweisung "wegen der vorhandenen aggressiven Tendenzen".

Herr O. wurde morgens gegen 4.oo Uhr ins Dürener Landeskrankenhaus eingeliefert. Es gelang ihm, sofort wieder die geschlossene Abteilung zu verlassen. Von Beauftragten des Ordnungsamtes wurde er von zu Hause, wohin er zurückgekehrt war, erneut ins Landeskrankenhaus gebracht. Er blieb dort für 2 Monate in stationärer Behandlung. In der Epikrise der behandelnden Ärztin hieß es:
"Abschließende Beurteilung: Es handelt sich bei Herrn O. um eine langjährige psychotische Erkrankung. Früher bestand ein massiver Konsum von Haschisch und LSD. Heute nimmt Herr O. nur gelegentlich Haschisch zu sich. Herr O. ist inzwischen berentet, isoliert, ohne Lebensperspektive und hat panische Angst vor einer Veränderung seiner Situation. Veränderungen im häuslichen Milieu - diesmal eine Kur des Vaters - führten zur Erschütterung des prekären inneren und familiären Gleichgewichts, die nach einer aggressiven Entladung zur Zwangseinweisung führten."

Patient W 10

Interviewt wurden: Mutter P.;
Vater P.

Herr P. ist 29 Jahre alt. Der 72jährige Vater ist als Arbeiter im gleichen Krankenhaus wie die 61jährige Mutter beschäftigt, diese als Küchenhilfe. Herr P. hat 4 Geschwister - 3 Schwestern und einen Bruder -, von denen er der zweitjüngste ist. Außer ihm sind alle verheiratet. Kontakte hatte Herr P. in seiner Kindheit nur zu seinen Geschwistern, da ihn die anderen Kinder im Dorf - er lebt von Geburt an auf dem Lande - wegen seines Äußeren immer "Trätschauge" und "Wasserkopf" nannten. Obwohl ihn die Volksschule langweilte, schloß er sie mit dem besten Abschlußzeugnis ab. Auf Anraten der Mutter machte er anschließend eine Metzgerlehre. Diese nicht aus Neigung, sondern wegen der wirtschaftlichen Sicherheit. Nachdem seine "erste große Liebe" zerbrach - Herr P. war 15 Jahre alt - begann er mit dem "Saufen". Mit 18 Jahren wurde er zur Bundeswehr eingezogen. Nach Strafversetzung und disziplinarischen Arreststrafen wurde er aus der Bundeswehr entlassen. Weiteres war nicht zu eruieren. Nach seiner Entlassung nahm er eine Arbeitsstelle als Bierkutscher an. Sein Alkoholkonsum hielt an. Eine von ihm angestrebte dauernde Beschäftigung beim Zoll scheiterte "an seiner Krankheit". Er wurde nach der Probezeit - so die Mutter - nicht übernommen, weil er "die Krankheit, die er beim Bund bekam", verschwiegen hatte.

Die erste Zeit nach der Kündigung lag Herr P. meist im Bett. Er meinte, daß ihn Jesus vom Kreuz anlache und der gemalte Hirsch auf einem Bild aus dem Rahmen springe.

Schon zu dieser Zeit schliefen die Eltern in getrennten Zimmern, da Herr P.'s Vater an einem "Blasenleiden" litt und nachts jede Stunde aufstehen mußte, um Wasser zu lassen. Wenn Herr P. Angst hatte, kam er in das Bett

seiner Mutter, rückte nahe an sie heran und schilderte ihr, was er wahrnahm.

Dieses Verhalten führte im November 1970 zu seiner ersten Einweisung ins Landeskrankenhaus Düren, wo er einen Monat lang behandelt wurde.

Zur zweiten Einweisung kam es ein Jahr später, nachdem Herr P. abends vor dem Schlafengehen den Vater gewürgt hatte. Die Mutter, die Angst um das Leben ihres Mannes hatte, zerschlug eine Fahnenstange auf ihm.

Bis zur jetzigen Einweisung folgten weitere 12 Aufenthalte im Landeskrankenhaus Düren, die meisten im Herbst.

Herr P. fühlte sich nach seinen Angaben im Sommer immer gut. Wenn es ihm nach dem Sommer schlecht gehe, will er selber ins Landeskrankenhaus.

Da seine Isolation im Dorf mit den Jahren mehr und mehr wuchs, verbringt er seine Zeit in der Küche der elterlichen Wohnung und betrachtet den Garten. Spaziergänge - zusammen mit seiner Mutter - macht er nur abends im Schutze der Dunkelheit, seitdem die Dorfbewohner ihn "arbeitsscheu" genannt hatten. Kontakt zu Gleichaltrigen hat er nur, solange er über Geld verfügt und Bier ausgeben oder beim Kartenspiel Geld verlieren kann.

Herr P. sucht seit einigen Jahren regelmäßig einen niedergelassenen Nervenarzt auf, der ihm alle 14 Tage ein Depot-Neuroleptikum spritzt.

Drei Tage vor der jetzigen Einweisung suchte Herr P. den Nervenarzt auf, um sich seine Spritze injizieren zu lassen. Der behandelnde Arzt stellte Herrn P. auf ein anderes Depotmittel um.
Zwei Tage später erschien die Mutter des Herrn P. beim Arzt in der Sprechstunde und schilderte, daß ihr Sohn wieder ins Landeskrankenhaus eingewiesen werden wolle. Er habe Geschirr zerschlagen und sie bedroht und belä-

stigt. Während des Interviews berichtete die Mutter, daß es wieder auf den Winter zugehe und ihr Sohn deshalb ins Landeskrankenhaus wollte. Zu Auseinandersetzungen sei es nicht gekommen, wie sie auch bei Nachfrage betont.

Da Herr P. dem behandelnden Arzt zwei Tage vorher unruhig erschien, stimmte er der Einweisung auf freiwilliger Basis zu.

Nach einer stationären Behandlung von ca. einem Monat wird Herr P. nach Hause entlassen.

Patient W 11

Herr Q. ist 34 Jahre alt. Seine Mutter starb 1972 im Alter von 67 Jahren an einem Magenkarzinom, sein Vater 4 Wochen vor seiner jetzigen Einweisung mit 72 Jahren - vermutlich an einem Herzinfarkt. Vor seiner Berentung arbeitete er als Laborant. Herr Q. hat einen Bruder im Alter von 46 Jahren. Dieser ist verheiratet und von Beruf Elektromeister. Herr Q. wurde zusammen mit seiner Familie 1943 im Alter von 9 Wochen wegen der Bombenangriffe auf Köln nach Schlesien evakuiert. 3 Wochen nach der Ankunft erblindete er, konnte nach sechswöchiger Krankenhausbehandlung geheilt entlassen werden. 14 Tage nach der Entlassung kam es erstmals zu Krämpfen, die 1946 - Ende 1945 war die Familie wieder nach Köln zurückgekehrt - "alle 10 Minuten kamen". Trotz eines ca. neunmonatigen Aufenthaltes im Landeskrankenhaus Bedburg-Hau im Alter von 8 - 9 Jahren schloß Herr Q. die Volksschule 1957 ab. Eine Lehre als Friedhofsgärtner wurde nach eineinhalb Monaten durch einen erneuten Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt abgebrochen. Ursache der Einweisung waren erneute Krämpfe und Alkoholabusus. Nach der Entlassung arbeitete Herr Q. in einer Kölner Buchhandlung an der Papierpresse für ca. 4 - 5 Jahre. Auch hier trank er weiter.

1970 nach erneuter psychiatrischer Behandlung wurde Herr Q. entmündigt. Im ärztlichen Gutachten heißt es:
"Bei Herrn Q. besteht nach dem Ergebnis meiner Untersuchung eine Wesensänderung und Demenz bei einem cerebralen Anfallsleiden. Auf der Basis dieser psychischen Insuffizienzen hat sich bei ihm in letzter Zeit eine Trunksucht entwickelt."

Wegen seiner "Magenbeschwerden" - schon als Kind wurden Herrn Q. Rollkuren verordnet - erfolgte 1973 eine Magenresektion. 1976 heiratete er eine Patientin des LKH Düren, die er während seines Aufenthaltes dort kennengelernt

hatte. Sie wurde dort wegen einer Epilepsie behandelt. Das Ehepaar zog in eine gemeinsame Wohnung. Von Juni 1976 an suchten sie auch gemeinsam 14tägig ambulant eine Nervenärztin auf, die beide behandelte.

Anfang August 1977 überwies diese beide wegen einer Grippe an den Hausarzt. Seitdem kamen Herr und Frau Q. nicht mehr in ihre Sprechstunde.

Die Ärztin war der Ansicht, daß beide durch das Landeskrankenhaus Düren versorgt wurden, wo Frau Q. arbeitete und forschte deshalb dem Fernbleiben nicht nach.

Ende August brach sich Frau Q. bei einem Betriebsunfall das linke Bein und lag bis Anfang Oktober im Krankenhaus. Dann wurde Frau Q. nach Hause entlassen. Ihr Mann suchte mit ihr jede Woche zur Kontrolle das Krankenhaus auf. Ende Oktober verstarb der Vater des Herrn Q. Zwei Wochen danach suchten beide nicht mehr das ambulant versorgende Krankenhaus auf.

In den nächsten Wochen suchten verschiedene Personen, so z.B. der Vormund, die Familie Q. auf. Herr Q. öffnete entweder die Tür nicht oder ließ die Besucher nicht ins Schlafzimmer, wo seine Frau lag. Die betreuende Sozialarbeiterin, die sich Zutritt zu seiner Frau verschaffte, fand diese im Bett liegend am ganzen Körper voller Hämatome und nur noch 45 Pfund wiegend. Sie veranlaßte sofort die Überweisung ins Krankenhaus. Nachdem auch die behandelnde Nervenärztin Frau Q. im Krankenhaus gesehen hatte, veranlaßte diese sofort die Einweisung ins Landeskrankenhaus, ohne Herrn Q. vorher selbst begutachtet zu haben. Sie sah den lebensbedrohlichen Zustand von Frau Q.

Herr Q., der sich, wie er sagte, nicht an Tätlichkeiten gegenüber seiner Frau erinnern konnte, stimmte im Landeskrankenhaus sofort einem freiwilligen Aufenthalt zu, "um nicht für immer hier zu bleiben".

Am nächsten Tag wird er von der Männeraufnahmestation auf seine alte Station verlegt. Von dort wird er nach ca. einem halben Jahr entlassen.

Patient W 12

Interviewt wurden: Mutter R.;
die Leiter des Altersheimes;
Mitbewohner im Heim

Herr R. ist 24 Jahre alt. Seine Mutter bezieht mit 47 Jahren eine Rente. Seinen Vater hat Herr R. nie gesehen. Herr R. wurde in einem Privatkrankenhaus geboren, in dem seine Mutter als Küchenhilfe arbeitete. Der Vater, von Beruf Tischler, wollte das Kind nicht haben. Er drängte die Mutter zur Abtreibung. Diese wollte dies nicht und löste die Beziehung zu dem Mann.

Einige Wochen nach seiner Geburt kam Herr R. in ein Heim, die Mutter arbeitete weiter. Bis zum Jahre 1974 lebte Herr R. in zahlreichen Heimen und Anstalten. Diese wechselten, weil auch die Mutter oft ihre Arbeitsstelle wechselte und versuchte, ihren Sohn in ihre Nähe zu bekommen. Nur im Alter von 7 und 10 Jahren lebte Herr R. mit seiner Mutter zusammen, als diese in einer Jugendherberge arbeitete und ihren Sohn zu sich aufs Zimmer nehmen durfte. Kontakt zu anderen Jugendlichen hatte er während dieser Zeit nicht, da die Mutter ihm den Umgang verbot. Als Herr R. 12 Jahre alt war, wurde seine Mutter 7 Jahre lang in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus aufgrund der Diagnose einer Schizophrenie behandelt.

Nachdem sie nach ihrer Entlassung einige Zeit bei einer Schwester wohnen konnte - Frau R. hat 12 bis 13 Geschwister, von denen sie die Älteste ist -, bezog sie vor 3 Jahren eine eigene Wohnung in G., wo sie sich glücklich fühlt. In diese Wohnung nahm sie auch ihren Sohn auf. Dieser lebte in einer Anstalt. Einen Beruf hatte er zwischenzeitlich nicht erlernt. Ihm wurde bescheinigt, daß er 8 Jahre lang die Volksschule besucht hatte.

Das Zusammenleben von Mutter und Sohn gestaltete sich sehr schwierig. Hauptgrund vieler Auseinandersetzungen

waren nach Angaben beider Religionsfragen. Herr R. ist katholisch, seine Mutter gehört den Zeugen Jehovas an. Beide versuchten, sich gegenseitig zu ihrem Glauben zu bekehren.

Mitte August 1977, so schilderte die Mutter, drohte ihr Sohn in einem Streit mit dem Messer auf sie loszugehen. Durch ihr lautes Schreien wurden die Hausbewohner aufmerksam und eilten in die Wohnung, wo sie Herrn R. ein Messer wegnahmen. Herr R. wurde ins Landeskrankenhaus Düren eingewiesen. Von dort wurde er Mitte November in ein Altenheim überwiesen. Das Heim bietet Platz für 18 Menschen, ist einsam in einer ländlichen Gegend gelegen und die räumlichen Verhältnisse sind sehr beengt. Herr R. war mit 24 Jahren der bei weitem jüngste Heimbewohner. In den ersten Tagen nach seiner Ankunft schien er sich dort wohlzufühlen, half auch bei kleineren anfallenden Arbeiten, z.B. in der Küche. Bald jedoch stellte er seine Tätigkeiten ein.

Wie auch von früheren Anstaltsaufenthalten bekannt, biß er sich in die Finger, knallte seinen Kopf gegen die Wand, legte sich im Flur auf den Boden und schilderte, daß der Satan ihm erscheine.
Die Heimleiter informierten erst einen Arzt, als ihrer Ansicht nach ein weiterer Aufenthalt von Herrn R. im Heim nicht mehr tragbar war, und sie seine Rücküberweisung nach Düren veranlassen wollten.

Der Arzt ordnete die jetzige Einweisung an. Herr R. berichtete, daß er froh sei, wieder auf der Männeraufnahmestation zu sein, da er hier unter Aufsicht sei, dort den ganzen Tag allein war.

Er befand ich zum Zeitpunkt des Abschlusses der Untersuchung nach wie vor in stationärer Behandlung.

Patient W 13

Interviewt wurden: Mutter S.;
Vater S.;
Die Leiter des Berufsförderungswerkes

Herr S. ist 20 Jahre alt. Er hat noch 3 Schwestern und 2 Brüder, er ist der Viertälteste. Der Vater, 48 Jahre alt, ist von Beruf Jäger, die Mutter, 38jährig, gelernte Schneiderin, ist Hausfrau. Herr S. wuchs auf dem Land nahe am Neckar auf. Die räumlich beengten Verhältnisse wurden durch einen Umzug in ein kleines angemietetes Haus gelöst. Die Erziehung durch die katholischen Eltern war äußerst streng. Herr S. schloß die Volksschule mit einem durchschnittlichen Zeugnis ab und beendete ebenso eine sich anschließende Lehre als Kfz.-Mechaniker. Sein Verhältnis zu seinen Mitmenschen war sowohl in der Schule als auch im Beruf gut. Herrn S.'s Hobbies waren das Frisieren von Autos, die Teilnahme an Motocrossrennen, der örtliche Männergesangverein und die Mitarbeit in einer Jugendgruppe des Roten Kreuzes. Hier lernte er auch eine Frau kennen, in die er sich verliebte. Als die Beziehung der beiden durch die Frau auf dem Maitanz 1977 aufgelöst wurde, fuhr er vom Tanzplatz nach Hause und nahm sich eine Pistole seines Vaters.

Zwei Monate vorher hatte sich sein Lieblingsonkel erschossen. Wie sein Onkel fuhr Herr S. mit dem Auto zu einem Hochstand an den Neckar, bestieg ihn und schoß sich in die Brust. Er verfehlte sein Herz. Da ihm die Pistole vom Hochstand heruntergefallen war, stieg er herunter und suchte sie auf dem Boden. Er fand sie, ging zum Wagen zurück und versuchte, sich erneut zu töten. Diesmal schoß er sich in die Schläfe. Der Vater, der ihn am nächsten Morgen suchte, fand ihn und fuhr den schwerverletzten Sohn ins Krankenhaus. Nachdem die Verletzungen kuriert waren, wurde Herr S. zu einer Verhaltenstherapie in eine Klinik in M. überwiesen. Durch den Schuß in die Schläfe war er auf beiden Augen erblindet.

Diese Klinik schickte Herrn S. nach einiger Zeit zur Umschulung zum Berufsförderungswerk für Blinde nach Düren. Dies geschah gegen den Willen des Herrn S., genauso wie gegen den Willen der Verantwortlichen des Berufsförderungswerkes. Diese waren der Meinung, daß Spätblinde nicht in einem solch frühen Stadium mit den Belastungen der Ausbildung fertig werden können und schlugen erst einen längeren Aufenthalt zur Stabilisierung des Herrn S. zu Hause vor. Anschließend sollte ein stationärer Aufenthalt im Landeskrankenhaus Düren mit einem probeweisen Einstieg in die Ausbildung, dann die Übernahme in die Gesamtausbildung und Herausnahme aus der stationären Behandlung folgen.

Herr S. kam in die ambulante Versorgung einer Dürener Nervenärztin, die ihn medikamentös und psychotherapeutisch betreute. Er stieg von Beginn an in die Gesamtausbildung ein. Dieser Belastung war Herr S. nicht gewachsen. Er begann mit einem exzessiven Alkoholabusus. Einmal in Verbindung mit Tabletten, so daß eine Magenspülung im Krankenhaus erforderlich wurde. Inwieweit dies ein zweiter Selbstmordversuch war, war nicht zu klären.

Im weiteren nahm Herr S. nur unregelmäßig an den Unterrichtveranstaltungen teil. Er zerstörte Schreibmaschinen, zerriß Papier und Tapeten und zum Schluß warf er Flaschen aus dem Fenster auf den Hof des Gebäudes. Weil dadurch eine Gefahr für die anderen Bewohner bestand, sah sich das Berufsförderungswerk außer Stande, Herrn S. weiter zu behalten.

In einem Gespräch Mitte Dezember zwischen Herrn S., den angereisten Eltern und einer Schwester, einem Verantwortlichen des Berufsförderungswerkes und der behandelnden Nervenärztin, machten die Familienangehörigen deutlich, daß sie Herrn S. in diesem Zustand nicht nach Hause mitnehmen würden, obwohl dieser darauf drängte. So überwies ihn die Ärztin zur stationären Therapie ins Landeskrankenhaus. Die Verantwortlichen des Berufsförderungs-

werkes bekräftigten ihre Bereitschaft zur Wiederaufnahme von Herrn S., wenn dieser in einem stabilisierten Zustand sei.

Im Landeskrankenhaus verhielt sich Herr S. während seines Aufenthaltes passiv. Einen Versuch, ihn "in einer Art Nachtklinik-Status" zu halten und tagsüber zur Förderungsmaßnahme zu schicken, brach er nach drei Tagen ab mit der Begründung, er könne sich momentan nicht mit seiner Blindheit auseinandersetzen.

Mit dem folgenden Ende der Berufsförderungsmaßnahme wurde Herr S. auch aus der stationären Behandlung Mitte Februar 1978 nach Hause entlassen.

Eine Weiterbehandlung in der oben erwähnten Klinik in M. sollte folgen.

Patient W 14

Interviewt wurden: Mutter T.;
Vater T.

Herr T. ist 20 Jahre alt. Der Vater 48 Jahre, von Beruf Bergmann, die Mutter 47 Jahre alt und Hausfrau. Herr T. wuchs in sehr beengten Wohnverhältnissen auf. Bis zu seinem 16. Lebensjahr stand sein Bett im Schlafzimmer der Eltern. Erst dann zog die Familie um, und der Sohn bekam ein eigenes Zimmer.

Kurz nach seiner Geburt wurde Herrn T.'s Mutter für 6 Wochen zur Behandlung ins Dürener Landeskrankenhaus eingewiesen. Vater und Sohn zogen während dieser Zeit zu Verwandten. Die Mutter wurde im Laufe der Jahre sechsmal stationär im Landeskrankenhaus therapiert.

Herr T. schloß die Realschule ab und begann eine Lehre als Schlosser im Betrieb seines Vaters. Dies war der Wunsch des Vaters, der Sohn selbst wollte in eine Elektrikerlehre. Nach Beendigung der Lehre arbeitete Herr T. noch für 2 Monate in dem Betrieb. Da ihm die Arbeit unter Tage im Stollen zu schwer war, kündigte er. Sein neuer Arbeitgeber schickte ihn für 2 Monate auf Montage ins Ausland nach Rotterdam. Herr T. hatte schon von seiner Lehrzeit an die Abendschule besucht, um das Abitur nachzumachen. Dieses brauchte er, um seinem Berufsziel, dem Maschinenbauingenieur, näher zu kommen. Kurz nach einem Aufenthalt im Landeskrankenhaus brach Herr T. die Abendschule ab. Die Gründe für die erste Einweisung waren ähnlich gelagert wie die der zweiten.

Von September 1977 an hielt sich Herr T. fast nur noch in seinem Zimmer auf und schlief dort "Tag und Nacht". Er ließ keinen hinein und verließ es auch nicht zum Mittagessen. Nachdem der Vater den Sohn daraufhin energisch drängte, zu essen und mehr am Familienleben teilzunehmen, kam es zu einer Auseinandersetzung zwischen den beiden, bei der eine Glastür zu Bruch ging.

Seine Isolation gab Herr T. auch in der Folgezeit nur selten auf, so z.B. im November an seinem Geburtstag, als er das Haus verließ und nachts betrunken zurückkehrte. An der Feier zur Silberhochzeit seiner Eltern - es war Weihnachten - nahm er nicht teil. Silvester verließ er wieder das Haus und kam angetrunken zurück.

Drei Wochen vor der jetzigen Einweisung riefen die Eltern den behandelnden Arzt nach Hause. Herr T. selbst war nie in dessen ambulante Behandlung gegangen. Die Eltern berichteten ihm, daß ihr Sohn herumgetobt habe. Der Arzt injizierte Herrn T. ein Psychopharmaka (Haloperidol) und schrieb eine Einweisung ins Landeskrankenhaus aus. Zu dieser kam es jedoch nicht, da sich die Eltern am nächsten Tag bei ihm meldeten und mitteilten, daß es ihrem Sohn wieder gut gehe. Zwei Wochen später riefen die Eltern den Arzt erneut ins Haus. Herr T. lag stuporös im Bett. Nach Angaben der Eltern hatte er die ganze Zeit über kaum gegessen, sich nicht gewaschen und nur geraucht. Der Arzt ordnete die Einweisung an, so daß Herr T. von Anfang Januar 1978 in stationärer Behandlung war. Seine Zurückgezogenheit dauerte auch während seines Aufenthaltes an.

Nach 325 Tagen wurde er entlassen.

Patient W 15

Interviewt wurden: Die Freundin des Herrn U.;
Mutter U.;
Vater U.;
ein Polizeibeamter

Herr U. ist 25 Jahre alt. Sein Vater ist ca. 50 Jahre alt und arbeitet "auf dem Bau", die Mutter, etwas jünger, hat eine Halbtagsstelle als Putzfrau und erledigt zusätzlich den Haushalt. Herr U. hat eine 14jährige Schwester, die noch zur Schule geht, einen Bruder, 22 Jahre alt, gelernter Maschinenschlosser, im Moment arbeitslos, und einen zweiten Bruder, der 19 Jahre alt ist und Arbeit hat. Herr U. wuchs in einem kleinen Ort in der Nähe Dürens auf. Er wurde 14 Tage nach seiner Einschulung in die Volksschule für ein Jahr von der Schule freigestellt, weil er den Anforderungen nicht gewachsen war. Erneut eingeschult, kam er wiederum nicht mit, wurde jedoch in die zweite Klasse versetzt, die er allerdings wiederholen mußte. In der neuen Klasse befand sich sein jüngerer Bruder, mit dem er zusammen arbeitete. Schulische Schwierigkeiten traten nicht mehr auf, bis Herr U. wegen seines Alters eine Klasse heraufgesetzt wurde. Wiederum kam er nicht mit. Versuche, ihn auf eine Sonderschule umzuschulen, scheiterten an dem Fehlen einer solchen im Ort, der Besuch einer in der Nähe gelegenen war nicht möglich, weil diese aus kommunalen Gründen nicht zuständig war. Erst nach Einsatz des Pfarrers besuchte Herr U. 14jährig für ein Jahr diese Sonderschule. Der 15jährige arbeitete anschließend für zwei Jahre als Hilfsarbeiter. Von den Kollegen wurde er ständig gehänselt. Ihm wurde gekündigt, nachdem er 14 Tage nicht zur Arbeit erschienen war. Zu Hause erweckte er jedoch den Eindruck, weiterhin regelmäßig zu arbeiten. So nahm er Butterbrote von zu Hause mit, fuhr pünktlich mit dem Bus los und kehrte ebenso pünktlich abends wieder mit dem Bus heim. Den Tag verbrachte er in einem Park mit anderen Jugendlichen. Eine neue Arbeitsstelle als Hilfsarbeiter auf dem Bau

wurde ihm nach einigen Monaten wegen Arbeitsmangel gekündigt. Anschließend begann er als Hilfsarbeiter in dem Betrieb, in dem auch sein Vater arbeitete, als Reinigungsarbeiter. Nach 4 Jahren wurde der Sohn wegen Rationalisierungsmaßnahmen entlassen, der Vater kurz danach. Auf dieser Arbeitsstelle hatte Herr U. ein gutes Verhältnis zu seinen Kollegen. Der Vater fand einen Monat später eine feste Stelle, der Sohn begann als Hilfsarbeiter in einer Reinigungsfirma. Dort wurde er erneut gehänselt und auch mißhandelt. So packten ihn z.B. Arbeitskollegen an seinen langen Haaren und schleiften ihn auf den Boden. Er kündigte aus Angst selbst diese Stellung und nahm von da an keine andere mehr an.

Herr U. bekam Kontakt zu Kreisen in Düren, die mit Rauschgift handelten. Nach eigenen Angaben nahm er selber "nur Haschisch". Zeitweilig lebte er bei Bekannten. Er wurde "geduldet", solange er Geld hatte und mit für den Lebensunterhalt aufkommen konnte.

Mit anderen wurde Herr U. von Beamten des Rauschgiftdezernats festgenommen. Ein Beamter empfahl ihm einen freiwilligen Entzug im Dürener Landeskrankenhaus, um straffrei auszugehen. So wurde Herr U. erstmalig für 14 Tage stationär behandelt.

In der Teestube Düren lernte Herr U. eine ca. 60jährige Patientin kennen, die er aus dem Landeskrankenhaus herausholen wollte. Er engagierte sich sehr für sie, bis seine Eltern ihm klarmachten, daß diese Frau zu alt für ihn sei. Einer Krankenschwester, die er daraufhin kennenlernte, reiste er in die Schweiz nach, um bei ihr zu bleiben. Diese schickte ihn noch am Tag seiner Ankunft zurück.

Im September 1977 lernte Herr U. seine jetzige Freundin kennen. Sie trafen sich in einer Gaststätte. Herr U. brachte seine Freundin ab und zu mit nach Hause, wenn der Vater auf Nachtschicht war und blieb mit ihr zusammen, bis sie kurz vor Schichtende des Vaters beide das Haus verlassen mußten.

Ende September wurden beide wegen einer Gonokokkeninfektion und Trichomonaden behandelt. Von Oktober an meinte Herr U., an Syphilis erkrankt zu sein. Er suchte einige Ärzte auf, entsprechende Tests waren alle negativ. Seine Beschwerden wurden stärker. Er klagte über Blähungen, Schleier vor den Augen, Mundtrockenheit, Ohrenbrausen, ein ständiges Jucken um den Anus, Knoten im Hals und einen verfaulenden, schlecht riechenden Penis. Herr U. selbst führte dies darauf zurück, daß er bei Bekannten in einem Bett geschlafen habe, in dem eine Frau gestorben sei.

Weil die Spannungen im Elternhaus wegen der andauernden Arbeitslosigkeit des Herrn U. anwuchsen, hielt sich dieser immer weniger zu Hause auf. Die meiste Zeit verbrachte er mit seiner Freundin. Anfang Januar 1978 saß er mit ihr abends in einer Gaststätte zusammen. Herr U., von der Toilette zurückkehrend, sagte zu seiner Freundin, daß jetzt bald Schluß sei. Da sie ihm schon zwei Wochen vorher ein Röhrchen mit Schlaftabletten weggenommen hatte, nahm sie ihn und brachte ihn ins Krankenhaus in B.

Ins Städtische Krankenhaus gingen sie, wie sie sagte, nicht, weil sie dort schon einmal wegen derselben Sache rausgeflogen wären. Der Aufnahmearzt konstatierte bei Herrn U. nur eine leichte Somnolenz ohne neurologische Ausfälle. Ihm war bekannt, daß Herr U. und seine Freundin wegen ähnlicher Vorkommnisse schon in anderen Krankenhäusern gewesen sein sollten. Er besprach mit Herrn U. eine stationäre Therapie auf freiwilliger Basis im Landeskrankenhaus Düren. Herr U. stimmte zu. Am nächsten Morgen rief Herrn U.'s Freundin an, die von dieser Entscheidung informiert wurde. Nach dem Mittag erschien diese im Krankenhaus, klammerte sich weinend an Herrn U. und wollte ihn nicht weglassen. Sie hatte selber einen Selbstmordversuch mit 15 Tabletten unternommen, wie sie sagte.

Herr U. zog seine Freiwilligkeitserklärung zurück, so daß er auf Grundlage des Psych. KG's eingewiesen wurde.

Seine Freundin wurde auf die Intensivstation des Krankenhauses gebracht. Der Aufnahmearzt beabsichtigte, eine Nervenärztin konsiliarisch einzuschalten.

Herr U., der während seines Stationsaufenthaltes weiter über die o.g. Beschwerden klagte, wurde 4 Tage nach der Einweisung von seiner Freundin besucht. Beide beabsichtigten, am 20. Januar zu heiraten. 4 Tage nach diesem Besuch wurde Herr U. entlassen.

Die Eltern, die ihn auch besuchen wollten, erfuhren erst durch recherchierende Verwandte - Anrufe in den verschiedenen Krankenhäusern - vom Aufenthaltsort ihres Sohnes.

Patient W 16

Interviewt wurden: Mutter V.;
der Bruder des V.;
eine kontaktierte Sozialarbeiterin

Herr V. ist 34 Jahre alt. Seine Mutter ist 68 Jahre alt und Rentnerin. Ein Bruder starb 33jährig, ein anderer ist 42 Jahre alt, verheiratet, hat 2 Kinder und lebt ein Stockwerk über der Mutter in einer abgeschlossenen Wohnung. Geboren wurde Herr V. während der Flucht der Mutter mit ihren beiden Söhnen aus Litauen 1943. 14 Tage nach seiner Geburt fiel sein Vater in Schweden. Die Kindheit des Herrn V. war durch Entbehrungen und Armut gekennzeichnet. Vom 5. bis zu seinem 11. Lebensjahr kamen er und die anderen Familienmitglieder bei einem Bauern unter.

Als er 11 Jahre alt war, zog die Familie in eine 4-Zimmerwohnung um. 1964 zogen sie in ein selbstgebautes Haus. Alle Wohnungen befanden sich in einem kleinen Dorf nahe Düren. Mit 6 Jahren wurde Herr V. eingeschult. Das erste Schuljahr mußte er wiederholen, danach schaffte er mit "Hängen und Würgen" den Abschluß. Er hatte ein schlechtes Verhältnis zu den Lehrern und Mitschülern und wurde wegen seiner Herkunft gehänselt und als "Pimmock" und "Flüchtling" beschimpft. 1958 nach Abschluß der Volksschule begann er eine Lehre als Betriebsschlosser. Nach 4 Wochen wurde ihm gekündigt. Auf zwei folgenden Lehrstellen erging es ihm genauso.

Herr V. meinte, daß die Begründung der Kündigung - mangelnde Sehkraft auf dem linken Auge, er wurde als Kind zweimal wegen eines "Schielfehlers" operiert - nur vorgeschoben war. Man sei mit ihm einfach nicht ausgekommen. Nach diesen vergeblichen Versuchen, eine Lehre zu beenden, nahm Herr V. eine Arbeit als Straßenbauer an. Auch dort bekam er Schwierigkeiten mit seinen Kollegen, weil er - wie er meinte - "nicht mit ihnen Alkohol trank".

Als die Firma den Auftrag abgewickelt hatte und weiterzog, kündigte Herr V., der nicht vom Wohnort der Mutter weg wollte. Herr V. arbeitete in der Folge nur noch ab und zu bei verschiedenen Firmen kurzzeitig als Hilfsarbeiter.

1962 wurde Herr V. in einer Universitätsklinik behandelt. Dort wurden Jackson-Anfälle diagnostiziert und entsprechend medikamentös behandelt.

Herr V. selbst sagte, nie Anfälle gehabt zu haben. Seine Mutter berichtete, dies sei nur in der Kindheit - bis zum 2. Lebensjahr - vorgekommen. 1961 habe er für kurze Zeit die linke Gesichtshälfte steif gehabt und die Zunge habe herausgestanden. Nach dieser Diagnose fühlte Herr V. sich noch mehr als Versager.

1964 wurde Herr V. zur Bundeswehr eingezogen. Nach kurzer Zeit wurde er entlassen. Einen Grund gab er nicht an.

Kurz darauf versuchte er nach einem Besuch bei der ihn ambulant behandelnden Nervenärztin, sich mit Psychopharmaka (40 Megaphen) das Leben zu nehmen. Grund waren Depressionen wegen seiner häuslichen Situation, mangelnder Kontakte zu Frauen - Herr V. verkehrte nur in Bordellen - Konflikte mit der Familie des Bruders und das Gefühl, nichts wert zu sein. Er wurde ins Landeskrankenhaus Düren eingeliefert und dort 3 Monate lang stationär behandelt.

Nach seiner Entlassung arbeitete er noch einmal für ca. 3 Monate. Von da an bezog er eine Rente, den Antrag hatte die behandelnde Ärztin eingereicht.

1966 wurde Herr V. zum zweiten Mal ins Landeskrankenhaus Düren eingewiesen. Nach fünftägigem isolierten Aufenthalt in Köln wollte er sich von einer Brücke in den Rhein stürzen. Passanten konnten ihn zurückhalten. Der stationäre Aufenthalt betrug 6 Wochen.

1968 und 1969 kam Herr V. von selber ins Landeskrankenhaus. Er war depressiver Stimmung und der Ansicht, daß ihm hier geholfen werde.

1976 suchte er aus eigenem Antrieb für 9 Monate die Tagesklinik auf. Anlaß waren wiederum depressive Stimmungen. Auch zum jetzigen Aufenthalt kam Herr V. freiwillig. Er meldete sich im Büro einer Sozialarbeiterin, die ihn an die behandelnde Ärztin weitervermittelte. Herr V. schilderte, daß er gekommen sei, weil er Angst vor der Zukunft habe. Besonders für den Fall, daß die Mutter sterbe. Zudem sei er lange als Epileptiker behandelt worden. Die Medikamente hätten seinen Stoffwechsel durcheinandergebracht.

Herr V. wird nach neuntägigem stationären Aufenthalt entlassen.

Fragebogen

Anhand des halbstrukturierten Fragebogens wurden als erste die Patienten interviewt.

Relevante Fragen, wie z.B. nach der sozialen Kompetenz oder der psychiatrischen Karriere wurden sinngemäß den anderen Interviewten gestellt.

P a t i e n t :

Der soziale Status/die soziale Kompetenz

Die Familie:

Wie alt sind die Eltern?
Haben Sie Geschwister?
Wie alt sind sie?
Welche Schul- und Berufsausbildung haben sie?
Welches Verhältnis haben Sie zu Ihren Eltern/Geschwistern?

Alter:

Familienstand[1]:

Haben Sie Kinder? Wie alt sind sie?
Verstehen Sie sich gut mit ihnen?

Wohngemeinschaft:

Leben Sie allein oder mit anderen zusammen?
Mit wem?
Hat sich etwas geändert?

Schulbildung:

Waren Sie gut in der Schule oder hatten Sie Schwierigkeiten?
Welchen Abschluß haben Sie?

---

1) Hier wie an anderer Stelle wurde ggfs. nachgefragt, z.B.: "Sie lebten mit Ihrer Frau zusammen. Warum trennten Sie sich?"

Berufsausbildung/Berufstätigkeit:

Haben Sie eine Lehre abgeschlossen oder abgebrochen?
Entsprach die Lehre Ihrem Berufswunsch?
Als was sind Sie berufstätig?
Sind Sie mit Ihrer Tätigkeit zufrieden?
Wie ist das Verhältnis zu Ihren Kollegen?
Sind Sie arbeitslos?
Warum?
Welche Auswirkungen hat das für Sie?
Wie sehen Sie die Aussichten auf eine neue Stelle?

Seit wann sind Sie Rentner?
Warum wurden Sie berentet?
Wie hoch ist Ihr Einkommen/Monat?
Verfügen Sie selbst darüber?

Bestehen Spannungen zwischen Ihren Angehörigen und anderen Personen und Ihnen?

Aus welchem Anlaß?

Haben Sie Freunde?

Verstehen Sie sich gut mit ihnen?

Können Sie sich mit ihnen aussprechen?

Sind (waren) Sie Mitglied in einem Verein?

Sind (waren) Sie dort aktiv?

Haben Sie Hobbies? Welche?

Trinken Sie Alkohol?

Wieviel?
Warum?
Werden Sie aggressiv, wenn Sie getrunken haben?

Nehmen Sie Tabletten?

Welche?
Brauchen Sie die?

Die psychiatrische Karriere

Wie war die ärztliche Behandlung vor der jetzigen Einweisung?

Sind Sie zum ersten oder zum wiederholten Mal in stationärer Behandlung?

Besteht eine Pflegschaft oder Vormundschaft?
Mit welcher Begründung?

Wie kam es zur jetzigen Einweisung?
Wer hat sie veranlaßt?
Haben Sie freiwillig der stationären Behandlung zugestimmt?
Welche Diagnose wurde gestellt?
Was war der konkrete Einweisungsanlaß?
Was erwarten Sie von der stationären Behandlung?

Bei Wiederaufnahmen:

Die wievielte stationäre Behandlung im LKH ist diese?

Schildern Sie Anlaß und Ablauf der vergangenen Einweisungen. Gab es Unterschiede zur jetzigen?

Wie war die ambulante und stationäre Behandlung?
Hat sie sich geändert?

Wie verbrachten Sie die Zeit zwischen den stationären Aufenthalten?

Haben die stationären Aufenthalte in Ihrem Leben etwas verändert, in der Familie, im Bekanntenkreis, im Beruf?

Hatten Sie bei Ihrer Ersteinweisung eine andere Erwartung an die stationäre Behandlung als später?

LITERATURNACHWEIS:

1) ANDERSON, CAROL M.:
Family Intervention with severely disturbed in-patients.
Arch.Gen.Psychiatry 34, 697-702 (1977)

2) BLUMENTHAL, R., D. KREISMANN, P. O'CONNOR:
Return to the family and it's consequence for rehospitalization among recently discharged mental patients.
Psychol.Med. 12 (1), 141-147 (1982)

3) BOSCH, GREGOR:
Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen.
Nervenarzt 42, 65-74 (1971)

4) BOSCH, GREGOR:
Intensivierung durch Integrierung.
Nervenarzt, 42, 523-531 (1971)

5) BRISTOW, M.E., A.A. HARRIS, A.L. HENDERSON:
Readmission experiences of a cohort of discharges 1953 - 1957.
Canad. Psychiat. Ass.J. 11/3, 212-217 (1966)

6) BROWN, J.S., N.KOSTERLITZ:
Selection and treatment of psychiatric outpatients.
Arch.Gen.Psychiatry 11, 425-438 (1964)

7) BROWN, G.W., J.L.T. BIRLEY:
Crises and life changes an the onset of Schizophrenia.
J. Health Soc. Behavior, 9, 203-214 (1968)

8) BUNDESMINISTERIUM FOR WIRTSCHAFT
Leistung in Zahlen '81 (1982)

9) CHRISTENSEN, J.K.:
A 5-year follow-up study of male schizophrenics: evaluation of factors influencing success and failure in the community.
Acta psychiat.scand. 50, 60-72 (1974)

10) COPELAND, J.R.M., M.J. KELLEHER:
Thirty-five years of change in acute psychiatric practice in a London observation ward and treatment unit.
Social Psychiatry 7, 70-74 (1972)

11) COTTMAN, S.B., A.G. MEZEY:
Community care and the prognosis of schizophrenia.
Acta psychiat.scand. 53, 95-104 (1976)

12) DEGKWITZ, R., K.RÖMER, W. RUDOLPH, P.W.SCHULTE:
Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern.
Spektrum 4, 114-115 (1973)

13) DEUTSCHER BUNDESTAG
Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.
Drucksache 7/4200 (1975)

14) DILLING, H., S. WEYERER, H. LISSON:
Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte.
Social Psychiatry 10, 111-131 (1975)

15) DÖRNER, K.:
Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie.
Frankfurt 1969

16) ERNST, K., A.EGLOFF:
Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen.
Nervenarzt 45, 178-182 (1974)

17) FERREIRA, A.J., W.D. WINTER:
Family interaction and decision-making.
Arch.Gen.Psychiatry, 13, 214-223 (1965)

18) FOUDRAINE, J.:
Wer ist aus Holz?
München 1973

19) FRANKFURTER RUNDSCHAU
8. Februar 1983

20) FRIED, M.:
Social differences in mental health,
in: KOSA, J., A. ANTONOVSKY, I.K. ZOLA:
Poverty and health. A sociological analysis.
S. 113-167, Cambridge, Mass., 1969

21) FRIEDMAN, St., D.L. FEINSILVER, G.W. DAVIS, R. MARGOLIS, O.J. DAVID, M. KESSELMANN:
Decision to admit in an inner-city psychiatric emergency room: beyond diagnosis - the psychosocial factors.
Psychiatr.Q. 53, 259-274 (1981)

22) GELLER, M.P.:
The "revolving door": a trap or a life style?
Hosp.Community Psychiatry 33, 388 (1982)

23) GOFFMAN , E.:
Asyle.
Frankfurt 1972

24) GOVE, W.R., T. FAIN:
A comparison of voluntary and committed psychiatric patients.
Arch.Gen. Psychiatry 34, 669-676 (1977)

25) GRUNT, M.:
Aspekte informeller Etikettierung und Sanktionierung psychisch abweichenden Verhaltens.
Kölner Zeitschrift für Soziologie u. Sozialpsychologie 25, 365-385 (1973)

26) HÄFNER, H.:
Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie.
Nervenarzt 42, 557-568 (1971)

27) HAISCH, O.:
Psychiatrische Außenfürsorge.
Öff. Gesundh.-Wesen 37, 137-142 (1975)

28) HARRIS, M., H.C. BERGMAN, V. GREENWOOD:
Integrating hospital and community systems for treating revolving-door patients.
Hosp. community Psychiatry 33, 225-227 (1982)

29) HARTMANN, W., J.E. MEYER:
Zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener in der Bundesrepublik.
Nervenarzt 45, 1-8 (1974)

30) HOLLINGSHEAD, A.B., F.C.REDLICH:
Social class and mental illness.
New York 1958\

31) IRLE, G., N. PÖRKSEN:
Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht.
Teil I und II,
Nervenarzt 42, 466-475, 516-523 (1971)

32) JETTER, D.:
Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780-1840).
Wiesbaden 1971

33) KASTNER, I.:
Die Geschichte der Versorgung psychisch Kranker im Rheinland - unter besonderer Berücksichtigung des Köln-Bonner Raumes im 19. Jahrhundert.
Inaug.-Dissertation Köln 1977

34) KEDWARD, H.B., M.A. EASTWOOD, F. ALLODI, G.S. DUCKWORTH:
The evaluation of chronic psychiatric care.
CMA Journal 110, 519-523 (1974)

35) KERR, A.:
A survey of readmissions for a rural mental hospital.
J. Irish Med.Ass. 60/359, 157-159 (1967)

36) KOESTER, H.:
Möglichkeiten und Grenzen der Freizügigkeit in der stationären Behandlung psychisch Kranker.
Nervenarzt 40, 421-429 (1969)

37) KUNZE, H., M. KUNZE-TURMANN:
Ansatz zur Evaluation der soziotherapeutischen Orientierung von Nervenkrankenhäusern.
Psychiat.Praxis 2, 101-109 (1975)

38) LAMB, H.R., V.GOERTZEL:
Discharged mental patients - are they really in the community?
Arch.Gen.Psychiat. 24, 29-34 (1971)

39) LAMB, H.R., V.GOERTZEL:
The long-term patient in the era of community treatment.
Arch.Gen.Psychiat. 34, 679-682 (1977)

40) LIDZ, T., S. FLECK:
Die Familienumwelt der Schizophrenen.
Stuttgart 1979

41) LINDINGER, H.:
Ergebnisse und Kasuistik. Kasuistische Mitteilungen zum Problem der Unrichtigkeiten in der psychiatrischen Außenanamnese.
Nervenarzt 46, 85-91 (1975)

42) LORENTZEN, St.:
Why do psychiatric patients return?
J.Oslo City Hosp. 31, 4-6, 83-86 (1981)

43) MAISEL, R.:
Family settings and re-hospitalization of ex-mental patients.
Soc.Sci.Med., 2, 347-354 (1968)

44) MARKS, F.M.:
The charakteristics of psychiatric patients readmitted within a month of discharge.
Psychological Medicine 7, 345-352 (1977)

45) MATAKAS, F., D. SCHAIBLE, H. KOESTER:
Therapie auf der Aufnahmestation eines psychiatrischen Landeskrankenhauses.
Psychiat.Praxis 6, 72-81 (1979)

46) MILLER, D., W. DAWSON:
Worlds that fail:An empirical study for returns to the state mental hospital.
Brit.J.soc.Psychiat. 2, 265-270 (1968)

47) MYERS, J.K., B.H. ROBERTS:
Family and class dynamics in mental illness.
New York 1959

48) POLLACK, M., S. LEVENSTEIN, D.F. KLEIN:
A three-year posthospital follow-up of adolescent and adult schizophrenics.
Amer.J.Orthopsychiat. 38, 95-109 (1968)

49) RAWLS, J.R.:
Toward the identification of readmissions and non-readmissions to mental hospitals.
Soc.Psychiat. 6, 58-61 (1971)

50) REINHARDT-SCHNADT, H.:
Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Eine Obersicht über empirische Einstellungsuntersuchungen.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25, 336-349 (1973)

51) ROSEN, B., D.F. KLEIN, S. LEVENSTEIN, S.P. SHAMIAN, G. OAKS:
Social competence and posthospital outcome.
Arch.Gen.Psychiat. 19, 165-170 (1968)

52) ROSEN, B., D.F. KLEIN, R. GITTLEMAN-KLEIN:
The prediction of rehospitalization: the relationship between age of first psychiatric treatment contact, marital status, and premorbid asocial adjustment.
Nervous Mental Disease 152, 17-22 (1971)

53) ROTHER, W.:
Soziale Determinanten der "Produktion und Weiterverarbeitung" von LKH-Patienten und ihre sozialen Folgen. Kölner Zeitschrift fürSoziologie und Sozialpsychologie 25, 286-298 (1973)

54) SERBAN, G., C.B. GIDYNSKI:
Significance of social demographic data for rehospitalization of schizophrenic patients.
Ill. Med.J. 146, 117-126 (1974)

55) SERBAN, G.:
Relationship of mental status, functioning, and stress to readmission of schizophrenics.
Br.J.soc.clin.Psychol. 14, 291-301 (1975)

56) SERBAN, G., C.B. GIDYNSKI, E.L. MELNICK:
Social performance and readmission in acute and chronic schizophrenics: comparison of two approaches.
Behavioral Neuropsychiatry, Vol. 7 (1976)

57) STRAUSS, M.E., R.A. SIROTKIN, J. GRISELL:
Length of hospitalization and rate of readmission of paranoid and nonparanoid schizophrenics.
J. Consulting Clin.Psychology 42, 105-110 (1974)

58) STROTZKA, H.:
Kleinburg - eine sozialpsychiatrische Feldstudie.
Wien 1969

59) STÜTTGEN, T.:
Die verordnete Trennung von Eltern und Patient beim jungen Schizophrenen.
Psychiat. Praxis 5, 127-132 (1978)

60) STUMME, W.:
Psychische Erkrankungen - Im Urteil der Bevölkerung.
München-Berlin-Wien 1975

61) TALBOTT, J.A.:
Stopping the revolving door - A study of readmissions to a state hospital.
Psychiat.Quart. 48, 159-168 (1974)

62) TODD, N.A.:
Patterns of admission in schizophrenia.
Brit.J.Psychiat. 125, 588-592 (1974)

63) TROJAN, A., H. WALLER:
Soziale Determinanten der Krankenhauseinweisung psychiatrischer Patienten. Ein Vergleich zwischen Universitätsklinik und Landeskrankenhaus.
Öff. Gesundh.-Wesen 38, 216-222 (1976)

64) VIESSELMANN, J.O., L.H. SPALT, V.B. TUASON:
Psychiatric disorders in a community mental health center. Who gets readmitted?
Comprehensive Psychiatry 16, 485-494 (1975)

65) WALLER, H.:
Zur sozialen Selektion einer psychiatrischen Klinik. In: Dörner, K., U.Plog (Hrsg.): Sozialpsychiatrie - psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation. S. 70-76, Neuwied 1972

66) WANIEK, W.:
Psychiatrische Patienten beurteilen die Behandlungsmöglichkeiten ihrer Klinik.
Psychiat.Praxis 4, 237-242 (1977)

67) WEINSTEIN, A.S., D. DIPASQUALE, F. WINSOR:
Relationship between length of stay in and out of the New York state mental hospitals.
Amer.J.Psych. 130, 904-909 (1973)

68) WESSLER, R.L., D. IVEN:
Social characteristics of patients readmitted to a community mental health center.
Community Mental Health Journal 6, 69-74 (1970)

69) WEYERER, S., H. DILLING:
Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung.
Nervenarzt 55, 30-42 (1984)

70) WHITAKER, C.A., A.E. FELDER, J. WARKENTIN:
Gegenübertragung bei der Familienbehandlung von Schizophrenie. In: Boszormenyi-Nagy, I., J.L. Framo (Hrsg.): Familientherapie, Theorie und Praxis, Reinbek bei Hamburg, Bd. 2, 90 - 109, 1975

71) WIESER; St.:
Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall.
Hamburg 1973

72) WILKEN, M.:
Hospitalisationsrisiko und Gemeindestruktur.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25, 319-335 (1973)

73) WINKLER, W.T.:
Die Schizophrenie als sozialer Prozeß.
Z. Psychother.med.Psychol. 17, 54-72 (1967)

74) ZIGLER, E., L.PHILLIPS:
Social competence and outcome in psychiatric disorder.
J. Abnormal Soc.Psychol. 63, 264-271 (1961)

75) ZIGLER, E., L. PHILLIPS:
Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology.
J. Abnormal Soc.Psychol. 65, 215-222 (1962)

Für die Überlassung des Themas bedanke ich mich bei Herrn Professor Dr. med. Frank Matakas.

Für die freundliche Genehmigung zur Durchführung der Untersuchung und die gewährte Unterstützung gilt mein Dank dem leitenden Arzt der Rheinischen Landesklinik Düren, Herrn Dr. med. H. Koester.

Weiterhin möchte ich all denen meinen Dank aussprechen, die durch ihre Informationen und ihre Hilfsbereitschaft diese Arbeit ermöglichten: den Patienten und ihren Angehörigen, dem Personal des Landeskrankenhauses Düren, allen anderen Informanten und Frau Roswitha Etheber.

Lebenslauf

Am 14. September 1947 wurde ich als Sohn des Elektromonteurs Hans Sczerba und seiner Ehefrau Johanna geb. Michels in Hüls bei Krefeld geboren.

1954 - 1959 Besuch der Volksschule in Krefeld, anschließend Wechsel auf das Gymnasium mit Ablegen des Abiturs 1967.

Von 1967 bis 1969 leistete ich meinen Wehrdienst in der Bundeswehr.

1969 - 1973 Studium der Afrikanistik.

1973 Aufnahme des Medizinstudiums, Erteilung der Approbation im Mai 1980.

Seit Juni 1980 Tätigkeit als Assistenzarzt in den Abteilungen Innere Medizin und Gynäkologie und Geburtshilfe des Remigius-Krankenhauses in Leverkusen-Opladen sowie in der urologischen Abteilung des Herz-Jesu-Krankenhauses in Lindlar.